

ÉTUDE
SUR LA
PLEURÉSIE des FEMMES ENCEINTES
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon TISSOT,

Né à Moutiers (Savoie), le 21 février 1871.

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-1898. — N° 154

É T U D E

SUR LA

PLEURÉSIE des FEMMES ENCEINTES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon TISSOT,

Né à Moutiers (Savoie), le 21 février 1871.

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers

1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. LORTET

DOYEN.

M. LACASSAGNE

ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements	POLLOSSON (A.) —
Botanique	BEAUVISAGE. —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS. —

AGRÉGÉS

CHANDELUX.	POLLOSSON (A.).	BOYER.	BARRAL.
BEAUVISAGE.	ROCHET.	VALLAS.	MOREAU.
CONDAMIN.	ROLLET.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
COURMONT.	ROQUE.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
DEVIC.	ROUX.	DOYON.	BORDIER, id.
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;

MM. WEILL et VALLAS, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MERE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE

Officier de la Légion d'honneur

A MES AMIS

INTRODUCTION.

On se demandera, peut-être, quelles sont les raisons qui nous ont amené à traiter ce sujet dans notre thèse, et le titre pourrait étonner au premier abord.

Rien d'extraordinaire, en effet, à ce que durant le cours d'une grossesse, survienne une pleurésie; — d'autre part, cette maladie étant depuis longtemps bien connue et bien étudiée, on se demandera ce qu'il peut y avoir de nouveau et d'intéressant dans ce sujet.

C'est un cas de pleurésie gravidique, observé pendant notre externat dans le service de M. le docteur Vinay, qui nous a fourni le point de départ et l'idée première de notre travail.

La coïncidence d'une pleurésie diaphragmatique avec l'état de grossesse nous avait frappé et avait surtout attiré notre attention par l'acuité des symptômes.

Nous avons tenu à étudier leur influence réciproque et le retentissement que pouvaient avoir l'inflammation et l'infection de la plèvre sur les destinées de l'utérus fécondé.

A cette occasion, nous nous sommes livré à quelques recherches dans la littérature médicale : elles nous ont amené à cette conclusion que la pleurésie de la grossesse était rare, ce qui vient déjà justifier le choix de notre travail ; que non seulement elle était rare, mais encore peu connue et peu étudiée. Deux thèses (1) ont pourtant été publiées sur ce sujet, mais il est à remarquer qu'elles ne traitent que de la pleurésie séro-fibrineuse.

Nous, nous avons pu réunir 12 observations de pleurésies séreuses, recueillies pour la plupart à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, et toutes inédites, et nous en rapportons 7 de pleurésies purulentes dont 4 sont inédites : c'est précisément l'étude de ces dernières qui nous permet d'espérer que notre travail contient quelque chose de nouveau et d'original.

En effet, bien que nous n'ayons pu découvrir aucune observation de pleurésie hémorragique, notre thèse généralisera déjà une question dont on n'avait étudié jusqu'à présent que des points particuliers. En plus, rapportant sept cas de pleurésies purulentes, nous espérons pouvoir tirer de leur discussion quelques considérations concernant sa fréquence, son étiologie, sa marche, sa gravité et son traitement.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de remercier publiquement ici les maîtres éminents dont l'enseignement éclairé nous a guidé, jusqu'à ce jour, dans l'étude de la pratique hospitalière.

(1) BARATGIN. *Th. de Paris*, 1880.

CAMENTRON. *Th. de Bordeaux*, 1883.

M. le professeur Lépine nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Nous avons eu la bonne fortune d'être l'externe de M. le docteur Vinay, médecin des Hôpitaux et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Nous avons pu étudier avec fruit, dans son service, les maladies de la grossesse, et nous initier à l'art si utile des accouchements.

C'est à lui que nous devons l'idée première de ce travail ; avec une très grande amabilité, il a mis à notre disposition de nombreux matériaux, et ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils : si ce travail peut avoir quelque mérite, c'est à lui qu'en doit revenir tout l'honneur. Nous sommes heureux de lui adresser ici nos bien sincères remerciements et nous l'assurons de notre vive reconnaissance, pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli dans son service.

Pendant un semestre d'externat passé à l'hôpital de la Croix-Rousse, nous avons pu profiter de l'enseignement si clinique de M. le docteur Chappet, médecin des Hôpitaux. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre vive gratitude pour les marques d'intérêt qu'il nous a toujours témoignées.

C'est dans les services de MM. les professeurs agrégés Rochet et Vallas, chirurgiens des Hôpitaux, que nous avons commencé notre externat. Leur enseignement clair et pratique, et leur bienveillance nous ont fait trouver court le semestre que nous avons passé à leurs côtés.

M. le docteur Mouisset, médecin des Hôpitaux, a bien voulu nous communiquer une observation de pleurésie purulente. Qu'il nous permette de l'en remercier ici.

M. le docteur Jeannin, de Bourg, et M. le docteur Bayle, de Lyon, nous ont donné des observations, avec une très grande amabilité. Nous les remercions sincèrement de cette preuve de sympathie.

FREQUENCE ET ÉTIOLOGIE.

La pleurésie survenant au cours de la grossesse est une affection qui a été peu signalée par les auteurs. « Sans doute, dit M. Vinay (1), l'état de gestation ne prédispose pas à l'inflammation de la plèvre, mais il n'en met pas à l'abri, et si les observations publiées ne sont qu'en nombre restreint, c'est que l'attention n'a pas été appelée de ce côté. »

Pour notre part, nous avons consulté de nombreux traités d'accouchements et de maladies des femmes, et nous avons été frappé de la pénurie des documents et des observations. Ceci est surtout vrai pour ce qui concerne les anciens ouvrages. Beaucoup de leurs auteurs, en effet, ne parlent pas seulement des maladies de l'appareil respiratoire pouvant survenir chez la femme en état de grossesse. Quelques-uns, comme Imbert, Grisolle, signalent soit la fréquence, soit la

(1) VINAY. *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*. Paris. Baillière, 1894, page 276.

gravité de la pneumonie au cours de la gravidité; d'autres, comme Mauriceau, Gardien, Cazeaux, Noëgelé, citent la toux comme cause fréquente d'avortement, par suite des secousses qu'elle imprime à l'utérus gravis; mais la question de la pleurésie de la grossesse est complètement restée dans l'ombre. Pourtant, en consultant les auteurs modernes nous avons trouvé, soit dans des revues de médecine, soit dans les deux thèses parues sur ce sujet, quelques observations de pleurésies gravidiques. Elles ne sont qu'en nombre restreint, puisqu'en 1889, Charpentier, dans son *Traité pratique des accouchements*, n'en pouvait réunir que vingt-six dont deux cas personnels survenus pendant les couches.

Nous sommes parvenu de notre côté, à rassembler dix-neuf observations de pleurésies survenues pendant la grossesse, dont sept ont été franchement purulentes.

C'est cependant bien peu quand on songe que la pleurésie est une affection si couramment observée dans nos services hospitaliers.

Pourquoi la pleurésie, maladie si commune, est-elle si peu souvent notée dans le cours de la grossesse?

Serait-ce que la femme enceinte se soumet plus docilement, du fait de son nouvel état, aux règles d'une meilleure hygiène et éviterait de la sorte les causes pouvant amener l'éclosion de la pleurésie?

Mais alors pourquoi les observations de pneumonies gravidiques sont-elles assez nombreuses, alors que dans ces deux affections l'on peut souvent incriminer le refroidissement comme agent provocateur?

Péter (1) croyait que les parenchymes (poumon, foie, rein), possédaient une sorte de prédisposition aux congestions, par suite de l'augmentation de la masse du sang et surtout de la fibrine — les séreuses ayant une circulation moins active et une vitalité plus faible, étaient moins influencées par cet état du sang, influence qui se fait sentir surtout dans les derniers mois de la grossesse.

Stolz (2) n'est pas de cet avis : pour lui, la grossesse n'est pas un préservatif et « la femme grosse peut contracter des maladies aiguës comme une autre personne. Dans quelles proportions ? ceci est encore à démontrer. »

Peut-être trouverait-on que la femme enceinte est plus apte à contracter une inflammation pleurale qu'une femme non gravide, par ce fait que la congestion pulmonaire se montre beaucoup plus souvent et plus facilement chez elle. « Or le lien qui unit certaines poussées congestives du poumon à une irritation proliférative et hypercrinique de la plèvre est souvent manifeste (3). »

Nous croyons que, si la pleurésie a été rarement observée dans le cours de la grossesse, c'est que dans la plupart des cas elle n'expose la mère et l'enfant qu'à de minimes dangers et que de la sorte elle passe et doit passer souvent inaperçue.

L'étiologie de la pleurésie séreuse gravidique est la

(1) PÉTER. *Clinique Médicale*, tome II.

(2) STOLZ. Article GROSSESSE du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*.

(3) LE GENDRE. *Nouvelles arch. de Gynécologie et d'Obstétrique*. Février 1886.

même qu'en dehors de la grossesse : l'on peut donc incriminer successivement comme agent provocateur, l'impression du froid, le rhumatisme, les affections pulmonaires (tuberculose, pneumonie), les traumatismes, la propagation de l'inflammation d'un organe voisin, en y ajoutant les cas assez nombreux où l'on ne peut sérieusement invoquer aucune cause appréciable.

Nous ne rechercherons point, pour le moment, quelles peuvent être les causes étiologiques de la pleurésie purulente de la grossesse, nous contentant de signaler rapidement l'infection et les fatigues de la gestation. Nous nous réservons de consacrer à cette question de plus longs développements lorsque nous étudierons l'influence que peut exercer la grossesse sur la nature du liquide épanché dans la plèvre. A ce propos, nous soulèverons, pour la discuter, cette importante question de pathologie générale : celle de l'aggravation des maladies infectieuses quand elles évoluent pendant l'état de gestation.

MARCHE DE LA PLEURÉSIE GRAVIDIQUE.

Nous nous proposons, dans ce chapitre, d'étudier si la pleurésie est modifiée dans sa symptomatologie et dans la nature de son épanchement, du seul fait qu'elle atteint une femme enceinte.

Les symptômes d'invasion sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse, et s'annoncent par une toux sèche et quinteuse, par des frissons et de la fièvre et par un point de côté dont l'acuité redouble à chaque saccade de la toux et même à chaque inspiration.

Cependant il est à remarquer que plusieurs signes présentent quelque particularité.

C'est ainsi que la dyspnée est généralement et plus réellement marquée que dans la pleurésie ordinaire pour peu que la gestation soit avancée. On en comprendra facilement la raison : c'est qu'outre l'état fébrile, outre le point de côté qui s'exaspère par les secousses de la toux et les efforts de l'inspiration, outre la congestion pulmonaire qui accompagne souvent la pleurésie et de plus s'observe facilement chez la femme enceinte, il faut faire intervenir ici une autre cause : le rétrécissement du champ inspiratoire par suite du refoulement du diaphragme.

En effet, pendant la grossesse, l'utérus s'élève peu à peu dans la cavité abdominale, et diminue de la sorte l'ampleur thoracique en refoulant le muscle diaphragme.

Quelques auteurs allemands, Dohrn, Wintrich, Fabius, Kuchenmeister, ont bien prétendu que les dimensions de la cage thoracique ne subissaient pas de modifications pendant l'état de gestation, car si le diamètre vertical diminuait sous l'influence de la poussée abdominale, le thorax s'élargissait à sa base : la diminution dans un sens, étant ainsi compensée par une augmentation dans l'autre. Mais lorsqu'il se fait un épanchement dans la plèvre, cette compensation devient nettement insuffisante. La femme enceinte est donc dyspnéïque du seul fait de la gravidité : plus la grossesse est avancée et plus s'accroît la gêne respiratoire, tout en faisant exception pour l'époque où la partie fœtale vient à s'engager. Qu'un épanchement plus ou moins abondant vienne alors à se produire chez elle, et l'on comprendra aisément pourquoi la dyspnée pourra être portée à un très haut degré, surtout si la pleurésie est à localisation diaphragmatique, car alors le diaphragme est immobilisé et ce muscle joue, jusqu'à la fin de la gestation, un rôle capital dans les mouvements respiratoires.

D'après Baratgin, il est rare d'entendre dans la pleurésie gravidique, le souffle doux, voilé, lointain, expiratif, ainsi que l'égophonie qui accompagnent les épanchements moyens. Dans la plupart des cas réunis par lui, il est question de souffle rude, sec, de souffle tubaire, d'inspiration et d'expiration bronchiques ; l'aus-

cultation de la voix donnait de la bronchophonie ou de la bronchoégophonie.

Cependant les cas que nous avons rapportés ne font pas mention de ces modifications.

Fischl et Leopold croient qu'il faut en rapporter l'origine à la congestion pulmonaire qui accompagne fréquemment la grossesse et qui produirait une condensation du parenchyme au-dessus de la ligne de l'épanchement. D'après M. Vinay « la plus ou moins grande quantité de liquide est la condition pathogénique véritable ».

L'on n'a jamais noté l'abaissement du foie dans les pleurésies gravidiques qui siègent du côté droit. Ceci s'explique par la réplétion abdominale qui empêche ce viscère de se déplacer. Mais hâtons-nous d'ajouter que si le foie ne peut pas s'abaisser, par contre, comme l'a indiqué M. Vinay, il bascule en arrière et c'est dans le tiers inférieur de la cage thoracique qu'il faut le rechercher par la percussion. Sa matité se confond alors en partie avec celle qui est occupée par l'épanchement.

Dans les pleurésies gauches, le cœur est le plus souvent très dévié même lorsque l'épanchement est peu abondant. Ce signe est commandé par la réplétion abdominale qui favorise le déplacement de la pointe, en diminuant la capacité thoracique.

Camentron prétend que l'épanchement est souvent très abondant et que sa résorption est généralement rapide. Il croit « trouver la clef de ces deux faits dans les modifications du sang et des fonctions circulatoires pendant la grossesse ». Sans vouloir discuter la

pathogénie de ces deux faits, nous avouons, pour notre part, que nous ne les avons jamais nettement observés dans les observations que nous avons recueillies. Une fois l'épanchement a été double (observation IX).

Est-ce que la grossesse exerce une influence sur la nature de la pleurésie? en d'autres termes, la pleurésie a-t-elle de la tendance à devenir purulente du seul fait qu'elle évolue pendant la grossesse? Avant de répondre à cette importante question de pathogénie, qui va nous fournir l'occasion de quelques développements, nous tenons à signaler ce fait, que dans les deux thèses qui ont été publiées antérieurement sur la pleurésie de la grossesse, nous n'avons trouvé aucune observation, soit de pleurésie purulente, soit de pleurésie hémorragique. Raymond (1) dans le chapitre qu'il consacre à la pathologie de la grossesse, dit à propos des observations publiées par Fischl et Leopold : « Ce qu'il importe de noter, c'est que dans aucun des cas la pleurésie n'a été purulente et que rien dans l'évolution ne paraît avoir été modifié. La pleurésie développée seule, sans bronchite concomitante particulièrement intense, serait donc sans action sur la grossesse, et de même la grossesse sans action sur la pleurésie. »

D'après Baratgin (2), la pleurésie qui survient dans le cours de la grossesse n'a aucune tendance à devenir purulente.

(1) RAYMOND. Thèse d'Agrégation « Sur la Puerpéralité ». Paris 1880.

(2) BARATGIN. Déjà cité.

Camentron (1), affirme que jamais, à sa connaissance, la pleurésie gravidique n'a été purulente.

Bien que nous nous soyons livré à de nombreuses recherches dans la littérature médicale, nous n'avons pas trouvé de documents ni d'observations sur la pleurésie hémorragique de la grossesse. Mais nous avons été assez heureux pour rapporter dans notre thèse sept observations de pleurésies purulentes. Quatre sont inédites, et nous ont été communiquées par M. Vinay (deux observations) ; deux observations par M. Mouisset médecin des hôpitaux et par MM. Bernasconi et Passerat, de Bourg.

Les trois autres ont été publiées par Le Gendre (1) en 1886, Mayor (2) en 1888, et MM. Charrin et Nobécourt (3) en 1895.

Nous avons remarqué, dans toutes ces observations, que le début a été brusque ; le point de côté a été très intense ; l'état général a subi une aggravation rapide ; la température a été parfois élevée ; les urines étaient albumineuses, et l'évacuation du pus a produit un soulagement et une amélioration rapides.

La dyspnée de ces malades a toujours été poussée à un très haut degré et l'angoisse était telle qu'elles paraissaient en proie à des phénomènes angineux.

Comme nous avons déjà eu l'occasion de le faire remarquer, il faut rapporter l'origine de ce fait au refoulement du diaphragme et à la diminution consécutive de l'ampleur thoracique.

(1) CAMENTRON. Déjà cité.

(2) LE GENDRE. Loc. cit.

(3) MAYOR. *Revue Méd. de la Suisse Romande*. 1888, page 616.

(4) CHARRIN ET NOBÉCOURT. Société de Biologie, 15 juin 1895.

Les recherches bactériologiques ont été pratiquées trois fois.

La malade de MM. Charrin et Nobécourt avait une pleurésie purulente à *proteus vulgaris*, et M. Vinay a trouvé deux fois le streptocoque.

Sans vouloir rappeler les idées de Verneuil (1) et de Lorrain (2) sur la tendance marquée qu'ont la femme enceinte et la nouvelle accouchée à faire du pus en abondance, ces différents faits de pleurésies purulentes montrent l'aggravation que subissent les maladies infectieuses lorsqu'elles évoluent pendant l'état de gravidité.

Le fait est du reste bien démontré pour certaines affections.

Ainsi la *variole* revêt souvent les formes confluentes ou hémorragiques.

La *pneumonie* présente une mortalité de 40 pour cent. — C'est un chiffre bien supérieur à celui que donne la terminaison de la pneumonie, lorsqu'elle évolue chez des sujets qui se trouvent dans l'âge moyen de la vie (de 20 à 40 ans), comme c'est le cas pour les femmes enceintes.

Dans l'*érysipèle du tronc*, souvent on note de la suppuration dans les articulations de voisinage.

Dans la *pyélo-néphrite*, dont M. Vinay a publié plusieurs cas, la suppuration se produit avec une grande facilité du côté des voies urinaires.

(1) VERNEUIL. De la tendance pyogénique pendant la grossesse et l'état puerpéral. — Société de chirurgie, 1876, page 386.

(2) LORRAIN cité par REVILLIOUR, *Gazette des Hôpitaux*, 1878, p. 641.

Le même auteur a rapporté en 1897 (1) l'observation d'une jeune femme, enceinte pour la première fois, et qui présenta successivement au cours de sa grossesse, des suppurations de l'oreille, de l'œil et du tissu cellulaire, causées par la présence unique du pneumocoque. « Il semble qu'ici la grossesse ait joué le rôle d'une cause prédisposante, non seulement pour rendre le diplocoque virulent, mais pour favoriser sa généralisation aux divers appareils. »

Cette tendance à la suppuration ne se manifeste pas seulement pendant la grossesse ; même pendant la menstruation la femme est un terrain favorable au développement et à la pullulation du streptocoque.

R. Petit (2) a montré que les angines qui surviennent à ce moment ne sont pas toujours bénignes ; elles peuvent se terminer par suppuration et même donner lieu à un érysipèle de la face.

Il semble donc, d'après l'étude de ces différents faits, que la grossesse est une condition aggravante pour quelques maladies infectieuses — Elle modifierait la nature du terrain dont elle atténuerait la résistance vis-à-vis des germes infectieux et particulièrement des germes pyogènes.

De quelle nature sont ces modifications ? On l'ignore encore. Peut-être, doit-on faire intervenir, comme cause prédisposante, l'auto-intoxication gravidique.

Comme on le sait elle se manifeste surtout pendant

(1) VINAY. *Lyon-Médical*, 1897, n° 42, page 183.

(2) R. PETIT. Streptocoque et Menstruation, *Gazette Hebdomadaire*, 1895, n° 6, page 67.

la deuxième moitié de la grossesse, et c'est précisément à ce moment que les maladies infectieuses sont redoutables.

Cette auto-intoxication, dont l'origine est obscure, semble tenir à des lésions du foie et du rein, et ses manifestations les plus habituelles sont l'éclampsie et l'albuminurie.

Or, les femmes atteintes d'albuminurie et d'éclampsie sont singulièrement prédisposées aux complications septiques des suites de couches. Chez elle, le streptocoque manifeste sa virulence avec une très grande intensité.

Aussi « peut-on, par assimilation, rapporter à la même cause favorisante, l'aggravation qui survient chez les femmes enceintes quand elles sont atteintes de maladies infectieuses, et, pour le cas spécial de la pleurésie, la tendance à la suppuration qui se manifeste dans certains épanchements » (1).

(1) VINAY. La pleurésie purulente de la grossesse, *Bulletin Médical*, juillet 1898.

INFLUENCE DE LA PLEURÉSIE SUR LA MARCHE DE LA GROSSESSE.

Tandis que certaines affections, comme la pneumonie, la fièvre typhoïde, la tuberculose, les fièvres éruptives, exercent sur la grossesse une déplorable influence, il n'en est pas de même pour la pleurésie : car, dans la plupart des cas, la gestation suit son cours normal.

Les anciens accoucheurs avaient signalé la toux comme cause fréquente d'avortement en raison des secousses qu'elle imprime à l'utérus gravide.

D'après Jacques Mesnard (1), « la toux qui attaque les femmes grosses est un des plus fâcheux symptômes qui puisse leur arriver, puisqu'elle avance même le temps de leur accouchement par les secousses fâcheuses que souffrent leur poitrine et tous les viscères de leur bas-ventre ».

D'après Gardien (2), « une toux violente, soit qu'elle ait son siège vers les poumons ou l'estomac, ou qu'elle

(1) JACQUES MESNARD. *Le Guide des accoucheurs*. Paris, 1743.

(2) GARDIEN. *Traité d'accouchements et des maladies des Femmes*. Paris, 1807.

doive être considérée comme une toux d'irritation et nerveuse, est une cause assez fréquente d'avortement ; elle fait courir plus de dangers à la femme que le vomissement. Dans la toux, l'impulsion se fait de haut en bas. Les contractions tendent à pousser l'utérus en bas ».

Néanmoins, malgré les saccades de la toux qui, dans certains cas, secouait presque continuellement les malades, malgré l'intensité du point de côté, malgré des températures élevées, malgré la dyspnée parfois très vive, malgré l'abondance de l'épanchement, enfin malgré la cyanose et même des phénomènes de collapsus, ce pronostic fâcheux a été loin de se réaliser dans la pleurésie séreuse.

En effet, dans nos 12 observations, nous avons à enregistrer un accouchement prématuré au 8^e mois (obs. VI). L'enfant, qui pesait 2 k. est vivant et bien portant.

Il y a eu un avortement gémellaire à la fin du 5^e mois (obs. IX).

Dans l'observation XII, l'enfant qui était venu à terme est mort, quelques jours après sa naissance, de l'ictère des nouveaux-nés.

La mort de la mère n'est survenue qu'une fois (obs. IX).

La malade qui avait une pleurésie grippale des deux bases, eut un avortement gémellaire et mourut de pneumonie suppurée (autopsie).

En résumé, la mort de la mère est survenue une seule fois et celle de l'enfant deux fois.

Cametron a signalé trois fois la mort du fœtus.

Le pronostic immédiat de la pleurésie séro-fibrineuse est donc le plus souvent très favorable pour la mère, bien qu'il le soit un peu moins pour l'enfant.

Nous devons pourtant faire remarquer que beaucoup de ces malades sont prédestinées à la tuberculose, surtout celles qui ont des formes chroniques ou des épanchements doubles ou des épanchements très abondants ou hémorragiques, ou bien celles qui prennent des rechutes d'une pleurésie ancienne.

Il ne faut pas oublier qu'une pleurésie qui débute insidieusement, sans fièvre bien appréciable, avec un point de côté peu marqué et avec une toux insignifiante a bien des chances d'être une pleurésie tuberculeuse.

Les observations publiées jusqu'à présent, ne signalent généralement pas les modifications qui ont pu survenir dans la santé des malades une fois guéries de leur épanchement.

Leopold a pourtant relaté un cas où la tuberculose pulmonaire se développa nettement deux mois après l'accouchement.

Il est à présumer que la pleurésie aiguë ou chronique est souvent la révélation initiale de la tuberculose, et que beaucoup de ces malades présenteraient, plus ou moins longtemps après leur accouchement, des signes nets de tuberculisation du poumon.

Aussi doit-on déconseiller à ces malades de nourrir elles-mêmes leurs enfants : l'allaitement pouvant donner une sorte de coup de fouet aux lésions bacillaires.

Bien autrement sombre est le pronostic de la pleurésie purulente.

Nous avons en effet à enregistrer deux fois la mort de la mère (obs. XV et XIX) et deux fois (obs. XV et XVII) la mort de l'enfant qui est survenue en raison de l'avortement.

Le *Diagnostic* de la pleurésie gravidique n'offre rien de particulier. Dans le cas où il serait douteux, on fera une ponction aspiratrice avec une seringue de Pravaz, en s'entourant de tous les soins antiseptiques nécessaires; on pourra ainsi se rendre compte de la nature du liquide épanché, et ne pas perdre un temps précieux pour instituer un traitement énergique qui permettra de sauvegarder les intérêts de la mère et de l'enfant.

TRAITEMENT.

Le traitement de la pleurésie séreuse ne réclame aucune indication spéciale du fait de la grossesse. Les agents ordinaires de la médication sont ici, comme ailleurs, le lait, les diurétiques, la digitale à petites doses, les ventouses scarifiées qui suffisent souvent lorsque l'épanchement est peu abondant.

Cependant il résulte de la grossesse plusieurs contre-indications qui sont nettes :

Ainsi l'on doit être réservé sur l'emploi des purgatifs et préférer les purgatifs doux ou les purgatifs salins aux purgatifs drastiques qui congestionnent le bassin, provoquent de violentes coliques et font contracter l'utérus.

Dans ces derniers temps l'on a préconisé l'emploi du salicylate de soude (4 à 6 gr. par jour) non seulement dans les pleurésies rhumatismales mais dans toutes les pleurésies sans distinction d'origine. Ce traitement est, d'après nous, contre-indiqué dans les pleurésies de la grossesse.

D'abord le salicylate de soude a le grave inconvénient d'irriter le rein; en outre, il n'est pas sans influence sur la contractilité utérine, comme l'ont prouvé les

observations de rhumatismes, où l'on a noté l'interruption de la grossesse à la suite d'un traitement par de fortes doses (8 gr.) de ce médicament.

Il est bien recommandé de n'employer les vésicants qu'avec une extrême réserve. Il est même préférable de les rejeter, car leur action résolutive sur les grands épanchements est fort douteuse; tout au plus agiraient-ils peut-être sur un épanchement qui s'est déjà résorbé en majeure partie.

Mais les vésicatoires exercent certainement sur le fonctionnement des reins et de la vessie une détestable influence. On sait combien est fréquente la néphrite gravidique, dont la conséquence est trop souvent l'éclampsie.

En outre, le vésicatoire crée une plaie qui peut s'infecter tôt ou tard, il détermine de l'agitation, de l'insomnie, il provoque souvent une élévation de la température et diminue la quantité des urines.

Dans tous les cas, avant d'appliquer un vésicatoire sur un épanchement pleurétique de la grossesse, l'on doit soigneusement analyser les urines, et même dans le cas où elle ne serait pas albumineuses, le saupoudrer de camphre, afin d'éviter l'action toxique de la cantharide sur le rein : résultat qui d'ailleurs paraît bien douteux.

Quant à nous, nous proscrivons systématiquement l'emploi de vésicatoires chez toute femme enceinte.

Si l'épanchement est abondant, on ne doit pas hésiter à recourir à la thoracentoèse et l'opération semble d'autant plus urgente que la parturition est prochaine et le liquide considérable. Car la dyspnée peut devenir

extrême et l'asphyxie menaçante, et alors les troubles de l'hématose s'accroissent au point de provoquer, à eux seuls, l'accouchement prématuré, comme le prouvent les observations rapportées par Leopold, Camen-tron et Hutinel.

Du reste, dans les observations que nous avons publiées, nous n'avons jamais remarqué que cette opération ait été suivie d'accidents fâcheux. Toutes les malades auxquelles on a pratiqué la thoracentèse ont retiré de cette intervention d'immenses avantages.

M. Graux (1) a publié l'histoire d'une primipare, qui arriva à la fin de sa grossesse avec un épanchement qui remplissait en totalité la plèvre droite. Il lui retira 40 litres de liquide au moyen de 15 ponctions successives : jamais on ne vit la transformation purulente de l'épanchement qui resta jusqu'au bout, clair et citrin. La malade guérit.

L'on n'a jamais remarqué que la thoracentèse ait été par elle-même une cause d'avortement : au contraire, loin de le favoriser « on donnera à la femme, plus de chances pour mener sa grossesse jusqu'à terme, puisqu'on facilitera l'hématose et par suite la vitalité du fœtus ».

Nous n'insisterons pas sur les indications de cette intervention, sur le procédé opératoire, ni sur les précautions antiseptiques, rigoureuses dont doit s'entourer l'opérateur, car elles sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse. Mais il devra se rappeler que dans les pleurésies droites, le foie n'est jamais abaissé, et il

(1) GRAUX. *Union médicale*, 1883, t. II, p. 738.

songera au refoulement du diaphragme dans le choix de l'espace intercostal. La ponction ne doit donc pas s'effectuer trop bas. Le lieu d'élection est le 5^e ou le 6^e espace intercostal, sur la ligne de l'angle postéro-externe. On peut relever légèrement la pointe du trocart, vers la partie supérieure, une fois qu'il a traversé la peau, pour éviter à peu près sûrement la blessure du diaphragme. En cas de doute, on doit pratiquer une ponction exploratrice.

« Lorsque l'épanchement est tari, quand la pleurésie paraît entièrement guérie, le rôle du médecin n'est pas terminé .»

Il faudra recommander à la malade une hygiène rigoureuse, lui prescrire la vie au grand air, une alimentation substantielle, les frictions sèches ou avec des liquides alcooliques, l'usage prolongé de l'huile de foie de morue ; on lui ordonnera des injections rectales d'arsenic, préconisées par MM. Vinay et Renaut ; car la plupart de ces malades sont des tuberculeuses à la période de germination.

En outre, on ne doit pas, pendant la grossesse, instituer, même à la période inflammatoire, une diète aussi sévère que chez les autres pleurétiques, car il faut se souvenir des exigences d'un état physiologique « qui oblige la femme à dépenser deux fois plus de matériaux nutritifs ».

Dès que la nature purulente d'un épanchement a été soupçonnée, l'on pratiquera une ponction exploratrice, et si l'on constate du pus, si en outre, l'état général n'est pas trop mauvais, l'on pratiquera simplement la thoracenthèse.

(Cas de guérison obtenue par M. Vinay, obs. XIII).

Mais si le liquide se reproduit, si la fièvre et la dyspnée persistent, il faut, sans perdre de temps et sans s'inquiéter de la présence d'un utérus gravide, pratiquer la pleurotomie, qui est le seul traitement rationnel.

A ce propos, nous dirons que Le Gendre (obs. XVII) pratiqua 3 ponctions (le 2 avril, le 8 avril et le 13 mai) chez sa malade qui était enceinte de 4 mois. L'amélioration produite chaque fois étant passagère, il ne se décida à pratiquer la pleurotomie que le 31 mai. Le 13 juin, la malade avortait.

Le retard qu'il mit à agir d'une façon énergique, ne fut peut-être pas étranger à cette interruption de la grossesse, car, il le dit lui-même « la longue durée de l'état cachectique avait anémié le fœtus d'une manière considérable ».

On doit assurer l'écoulement du pus par un large drainage, mais nous proscrivons l'emploi des injections antiseptiques dans la cavité purulente.

En effet, ces injections nuisent à la cicatrisation en empêchant l'accolement des deux feuillets de la plèvre; de plus, elles peuvent déterminer des accidents graves, comme des accès épileptiformes qui sont aisés à réaliser chez les femmes enceintes; on sait la facilité avec laquelle se réveillent, chez elles, les sympathies nerveuses.

A cette occasion, nous rappellerons que Mayor pratiqua trois lavages antiseptiques dans la cavité pleurale de sa malade, bien qu'elles aient été suivies chaque fois de convulsions épileptiformes et d'accidents menaçants, tels, qu'il ait dû recourir à la respiration artificielle.

Quelle que soit la nature de la pleurésie, quelques intenses que puissent être ses symptômes, nous dirons avec M. Vinay, que l'on ne doit jamais se laisser aller à pratiquer l'accouchement prématuré (1). « Si l'abondance du liquide met la malade en état de suffocation, la thoracenthèse suffira certainement à écarter ce danger. Ce n'est guère que dans les cas spéciaux, comme ceux où la pleurésie vient compliquer une maladie de cœur ou une néphrite, que l'on pourra discuter la possibilité d'une interruption de la grossesse (2). »

(1) Leopold le pratiqua deux fois avec succès.

(2) VINAY. Loc. cit., page 281.

OBSERVATIONS

A. — Pleurésies séreuses.

OBSERVATION I.

(Inédite. M. VINAY.)

Pleurésie diaphragmatique du septième mois. — Guérison.

— Accouchement à terme.

Louise-Françoise F..., primipare, 30 ans, née à Péron (Ain), entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, n° 36, le 7 octobre 1897. Sortie le 20 décembre 1897.

Sa mère est bien portante, son père est mort de maladie inconnue; un frère est mort de pneumonie. Deux sœurs en bonne santé.

Pas de maladies dans l'enfance. Réglée à 20 ans. Bonne santé habituelle.

Il y a six ans, la malade fit un séjour de deux mois à l'hôpital de la Croix-Rousse pour une maladie de l'estomac.

Le début de l'affection actuelle remonte à douze jours. Pendant qu'elle était en voyage, elle ressentit quelques frissons; à partir de ce même jour, elle eut de la fièvre et éprouva de la douleur à la base droite de la poitrine. Cette douleur était constante et n'était point liée aux mouvements respiratoires: depuis deux jours, elle ne siège plus à droite, mais occupe le point symétrique du côté gauche. A noter, dès le début de la maladie, une dyspnée très vive rendant la marche impossible.

La malade est enceinte pour la première fois. D. R. au 25 mars dernier; elle ne se rappelle pas exactement à quelle

époque elle a perçu pour la première fois les mouvements de son enfant. Le cœur est sain. L'espace de Traube est libre.

Traitement. — Pointes de feu à la base gauche.

11 octobre 1897. — Dyspnée extrême, pâleur de la face. Toux quinteuse, déchirante, sans expectoration. A l'examen du thorax, on note de la matité à la base droite, en arrière, dans le quart inférieur ; à ce niveau on constate que la respiration est obscure. Une ponction exploratrice ne donne que du sang. En avant, et du même côté, on entend sous le sein un souffle bronchique expiratoire, doux, lointain.

Traitement. — Quatre ventouses scarifiées à la base de la poitrine, à droite. 4 pilules, chacune avec : extrait thébaïque 0,01, et extrait de datura 0,005. Champagne. Injection sous-cutanée de morphine.

L'état de la malade paraît tellement inquiétant que l'on prépare les instruments nécessaires pour pratiquer l'opération césarienne.

13 octobre. — Les ventouses scarifiées ont rapidement amélioré les douleurs qui existaient à la base de la poitrine, ainsi que l'anxiété respiratoire. La malade a dormi. La température baisse.

Traitement. — Deux pilules, chacune avec extrait thébaïque 0,02 c. et extrait de belladonne 0,02 c.

16 octobre. — L'épanchement paraît diminuer à la base droite, mais il existe toujours un peu de fièvre. Les nuits sont mauvaises, troublées par des quintes de toux, laquelle persiste quinteuse et sèche. L'examen des sommets est pourtant négatif.

20 octobre. — La malade passe à la Charité, elle se plaint seulement d'une oppression assez intense. A l'auscultation des poumons on ne constate plus aucun des signes précédents.

25 octobre. — La fièvre a disparu, mais le rétablissement est très lent ; il y a toujours des douleurs à la base droite de la poitrine.

4 novembre. — La malade va bien, elle pourra sortir prochainement.

L'accouchement, qui a eu lieu à la Charité le 3 janvier 1898, a été normal, et les suites de couches sont physiologiques. L'enfant pèse 3 kilog. 0 50 grammes.

Sortie le 20 du même mois.

OBSERVATION II.
(Inédite. M. VINAY.)

Pleurésie subaiguë du côté gauche, au troisième mois. — Guérison.

Virginie J..., 22 ans, demeurant à Rive-de-Gier, II-pare, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, n° 34, le 16 février 1898. Sortie le 23 février 1898.

Père et mère vivants et bien portants. Une sœur et trois frères en bonne santé. Un frère mort, il y a trois semaines, à l'âge de 30 ans, d'affection indéterminée. Son mari est bien portant.

Un enfant mort de convulsions à l'âge de 3 mois. Elle a eu deux fausses couches, toutes les deux à 2 mois ; l'une en janvier 1897, l'autre au mois de juillet de la même année.

Actuellement la malade est enceinte de 4 mois 1/2. Les dernières règles remontent au commencement d'octobre 1897.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu en se plaignant d'une toux constante et d'un point de côté siégeant à gauche. Depuis l'âge de 15 ans, elle aurait toujours toussé, l'été comme l'hiver. Jamais de bronchite cependant, nous dit-elle, jamais d'hémoptisies.

Quant au point de côté, il aurait apparu, pour la première fois, en janvier 1897, après sa première fausse couche, et depuis lors il aurait toujours été constant, tout en étant plus accentué à certains moments qu'à d'autres.

Il y a 15 jours (le 31 janvier), la malade qui était assise dehors en plein air, ressentit tout d'un coup, une céphalée intense avec exaspération subite de son point de côté. Un

médecin consulté conseille l'application d'un topique au niveau du point malade et fait prendre des tisanes. Le point de côté disparut, mais la malade fut obligée de garder le lit, à cause de la réapparition du point dès qu'elle se levait. Elle est alors envoyée dans la salle Sainte-Marie, à l'Hôtel-Dieu, avec le diagnostic de bronchite et de pleurésie gauche.

Voici ce que l'on constate à l'examen.

A la percussion : submatité dans toute la hauteur du poumon gauche, avec matité complète à la base correspondante.

Cette matité s'étend sur le côté, mais sans atteindre la partie antérieure du thorax ; d'ailleurs l'espace de Traube est libre. La ligne supérieure de matité décrit une courbe à convexité supérieure, et dont le point le plus élevé correspond à la ligne axillaire. Au-dessus, sonorité exagérée dans le creux axillaire correspondant.

A la palpation, les vibrations sont diminuées à gauche.

A l'auscultation : pas d'égophonie, pas de souffle. Il y a seulement de l'obscurité du murmure vésiculaire. Pas de râles de bronchite dans la partie supérieure correspondante. Rien au sommet.

A l'auscultation du poumon droit, on ne constate rien d'anormal.

Les bruits du cœur sont normaux.

Les urines ne sont pas albumineuses.

Sueurs nocturnes abondantes. La température est de 37° 8. La malade pèse 50 k. 400.

On lui fait, deux fois par jour, des injections rectales, avec une seringue contenant 5 centimètres cubes de la solution suivante : Liqueur de Fowler 16 grammes, eau 250 grammes.

23 février. — L'état général est bon. La malade s'alimente. La température oscille entre 37° 4 et 37° 8. L'auscultation des poumons révèle les mêmes signes que ceux décrits précédemment.

La malade sort, ne voulant pas rester plus longtemps à l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION III.

(Inédite. M. VINAY.)

Pleurésie aiguë du 8^e mois. — Guérison. — Accouchement à terme.

Marie J..., 30 ans, journalière, demeurant à Lyon, IV-pare, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, lit n° 42, le 26 avril 1897, sortie le 14 mai.

Rien d'intéressant au point de vue héréditaire.

Personnellement : érysipèle de la face, à l'âge de 14 ans. Réglée à 14 1/2, à peu près régulièrement.

Mariée à 24 ans. Son mari est bien portant. Trois grossesses antérieures.

Son premier enfant, venu à terme, est mort à 22 jours de la cholérine. Pendant cette première grossesse, la malade a eu de l'œdème des membres inférieurs, qui débuta vers le sixième mois et dura 2 à 3 mois.

La marche était devenue impossible.

Elle dit qu'elle n'a jamais eu d'albumine dans ses urines qui ont été analysées par le docteur Bruyère.

En 1892, deuxième grossesse qui a évolué normalement. L'accouchement n'a rien présenté de particulier.

Dans sa troisième grossesse (1894) survint un œdème des membres inférieurs, vers le sixième mois. La malade n'en fut pas incommodée. Les urines n'étaient pas albumineuses?

L'accouchement fut normal.

Au mois de mai 1896, la malade qui n'avait pas vu venir ses règles depuis trois mois, fut prise, à la suite d'une émotion, d'une perte sanguine abondante accompagnée de syncopes. Il en résulta une grande faiblesse qui obligea la malade à ne pas sortir pendant un mois. Depuis lors, elle ne s'est jamais bien remise : faiblesse générale, perte de l'appétit.

Actuellement, la malade est enceinte : D. R. du 12 au 17 juillet 1896. Les premiers mois de la grossesse ont été bons,

cependant elle éprouvait toujours un peu de faiblesse, elle avait perdu l'appétit et éprouvait des douleurs lombaires et abdominales. Pas de vomissements.

Dans les derniers jours du mois de février, la malade fut brusquement prise d'un violent point de côté gauche s'irradiant vers l'épaule, et assez intense pour gêner considérablement la respiration. Il était exaspéré par les secousses de la toux et les étternuements. Toux très pénible au début. Pas d'hémoptysies. Quelques sueurs nocturnes.

Elle se soigna elle-même pendant une quinzaine de jours (vésicatoire, teinture d'iode).

Le 12 mars, elle entrait à l'Hôtel-Dieu, salle 4^e Femmes, dans le service de M. le docteur Teissier, où l'on fait le diagnostic de pleurésie gauche avec épanchement.

Le 26 avril, elle entrait à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Vinay ; son état général était bien amélioré.

La dyspnée a presque complètement disparu. La toux persiste, mais très atténuée.

Cependant l'état général est loin d'être excellent : les téguments sont pâles, la malade est faible ; elle n'a pas d'appétit. Le moindre effort l'essouffle. Sueurs nocturnes.

Après examen du poumon, on constate : *à la palpation*, que les vibrations thoraciques sont normales à droite, mais à gauche, du côté de la pleurésie, elles sont sensiblement diminuées à partir de l'épine de l'omoplate, sans être abolies complètement.

A la percussion : submatité à gauche.

A l'auscultation : la respiration est obscure à gauche. On entend par moments quelques frottements pleuraux ; pas de souffle, pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone.

Les deux sommets paraissent sains.

La pointe du cœur bat dans le 5^e espace intercostal, un peu en dedans de la ligne, mamelonaire, il ne paraît pas cependant être dévié.

Les bruits sont normaux.

Les urines ne contiennent pas d'albumine. Poids = 71 kilogrammes.

Grossesse de 9 mois, l'enfant est vivant (O. I. G. P.)

17 mai : accouchement à terme d'une fille bien portante, actuellement vivante, que la mère n'a pas nourrie.

L'accouchement a été normal et les suites de couches furent physiologiques.

25 mai 1898. Nous avons revu cette femme qui va bien. Son état général est excellent et l'appétit est soutenu. Elle nous raconte qu'elle s'est pesée, au mois de juillet (2 mois après sa sortie de l'Hôpital) et qu'elle pesait 67 kil. 000. Le 8 mai 1898, elle pesait 72 kil. 500.

Les règles sont régulières.

A l'examen du thorax, on constate les signes suivants :

A l'inspection, le thorax est aplati.

La respiration est costo-supérieure, le diaphragme ne se contracte pas au moment de l'inspiration ; il n'y a pas à ce moment de soulèvement du creux épigastrique. Cependant la base du thorax s'élargit.

A la percussion : submatité dans le 1/4 inférieur gauche.

A l'auscultation : diminution très marquée du murmure vésiculaire à ce niveau, mais ni souffle, ni râles, ni frottements.

Ailleurs, la respiration est normale. Les sommets paraissent sains. Au reste, cette femme ne tousse pas.

OBSERVATION IV.

(Inédite. M. VINAY.)

Pleurésie aiguë du sixième mois. — Ponction. — Guérison. — Accouchement à terme.

Stéphanie R..., 26 ans, ourdisseuse, primipare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 5 janvier 1891, lit n° 23.

Rien dans les antécédents, pourtant une sœur de la malade est morte à l'âge de 23 ans après avoir toussé pendant trois mois et être restée au lit six semaines.

Personnellement, bonne santé antérieure.

Pendant le dernier hiver, laryngo-trachéite qui dura une quinzaine de jours. Depuis n'a jamais toussé; n'a pas eu l'influenza pendant la dernière épidémie.

Mariée le 15 février 1890. D. R. du 8 au 10 avril. Le début de la grossesse a été assez bon, au mois de juillet de la même année, elle a éprouvé un point de côté à la base droite du thorax, sans toux. Celle-ci ne survint qu'à la fin d'octobre, époque à laquelle la malade alla consulter un médecin qui constata la présence d'un épanchement. Jamais d'hémoptysie, ni même d'expectoration.

10 novembre 1890. La malade entrain à l'hôpital Saint-Pothin, dans le service de M. le docteur Bard, et le lendemain, on pratiquait une ponction d'où l'on retirait 40 à 50 grammes d'un liquide séro-albumineux, légèrement verdâtre. Il y avait de la fièvre à ce moment. A la fin d'octobre, application de vésicatoires qui provoquèrent quelques troubles de la miction. La malade sort le 24 décembre de l'hôpital Saint-Pothin. Bon état général, la fièvre avait disparu, et il n'y avait plus de toux.

Elle entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 5 janvier 1891, et accouche le 6, normalement. L'enfant est vivant; il pèse 2 kil. 700; il est envoyé en nourrice.

D'après l'examen de la malade, on constate de la matité dans le 1/3 inférieur du poumon droit. A ce niveau, diminution marquée des vibrations thoraciques. Absence de la respiration, mais ni souffle, ni même d'égophonie.

Pas de toux, pas d'expectoration. Légère douleur dans le côté droit, au moment des inspirations profondes. Pas d'abaissement du foie.

La malade va très bien. Il n'y a pas eu de fièvre dans les suites de couches.

OBSERVATION V.
(Inédite. M. VINAY.)

Pleurésie séreuse du quatrième mois. — Ponction double. — Guérison —
Accouchement à terme.

Elisa V..., 24 ans, domestique, II-pare, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie le 10 novembre, lit n° 38. Sortie le 5 décembre 1895.

Père et mère vivants et bien portants.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, bien qu'au début ses règles se soient arrêtées pendant cinq mois. Pertes blanches depuis l'âge de 14 ans, jamais de métrorrhagies.

La malade a eu un enfant, il y a deux ans (1893). La grossesse avait été bonne et l'accouchement normal. Elle s'est placée pendant un an comme nourrice. La malade, qui est enceinte de quatre mois, entre le 8 août 1895, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Lépine, salle Saint-Roch, lit n° 13, pour une pleurésie droite ayant débuté depuis trois semaines. On lui fit alors une première ponction d'où l'on retira un demi-litre environ d'un liquide citrin. Deux autres furent pratiquées quelques jours après, et l'on ne retira rien. A son entrée à la salle Sainte-Marie dans le service de M. le docteur Vinay, on constate les signes suivants :

Au poumon droit et en arrière : matité remontant jusqu'à l'aisselle.

On note un déplacement de la ligne supérieure de matité, si l'on fait coucher la malade sur le côté gauche.

Pas de sensation de flot des espaces intercostaux. Les vibrations thoraciques sont légèrement diminuées.

A l'auscultation : obscurité de la respiration vers la base droite. Pas de souffle, pas d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone. Si l'on examine le thorax en avant on constate, sous la clavicule du côté droit, de la submatité, de l'augmentation des vibrations et de l'obscurité de la respiration.

La toux est légère, sèche. L'état général est bon. Pas de fièvre.

Les bruits du cœur sont un peu faibles.

5 décembre. La malade, qui n'est pas mariée, sort de l'Hôtel-Dieu pour aller accoucher à la Charité.

OBSERVATION VI.

(Inédite. M. VINAY.)

Pleurésie bacillaire au 8^e mois. — Amélioration. — Accouchement prématuré.

Marguerite G..., 35 ans, couturière, née à Lyon, IV-pare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 5 juin 1898, lit n° 17. Sortie le 20 juin.

Son père est mort d'une maladie de cœur et sa mère d'une fluxion de poitrine. Une sœur bien portante.

Personnellement, bonne santé habituelle.

A noter, vers la mâchoire inférieure, du côté gauche, la présence d'un ganglion du volume d'une noisette, qui roule sous le doigt. A ce niveau, les téguments présentent une cicatrice, indice d'une suppuration ancienne. La malade raconte qu'elle s'est toujours aperçue de la présence de cette grosseur, mais qu'en 1897, alors qu'elle était enceinte pour la troisième fois, elle augmenta progressivement de volume et se mit à suppu-
rer pendant un jour environ sans occasionner de douleurs.

Réglée à 11 ans, toujours régulièrement.

Dernier accouchement le 5 juin 1898.

L'enfant, du sexe féminin, pesait 2 kil. Il a été emmené en nourrice à la Charité.

Les trois autres enfants sont morts. Le premier est venu avant terme (à 7 mois).

Les trois premières grossesses n'ont été marquées d'aucun incident.

Pendant la dernière la malade a eu des varices au membre inférieur gauche. Elles ont débuté vers le 4^e mois et ont disparu complètement après l'accouchement.

C'est dans le mois d'avril (1898) que la malade a commencé à tousser. La toux était pénible, quinteuse et l'expectoration insignifiante. Pas de point de côté. Dyspnée légère. Fièvre. Céphalalgie. Pas d'amaigrissement. Un médecin qu'elle consulta diagnostiqua une pleurésie et lui ordonna le traitement ordinaire. Depuis lors, elle alla progressivement de mieux en mieux et tous les symptômes du début allèrent en s'amendant.

8 juin. — La malade qui vient d'accoucher est actuellement couchée au n° 17 de la Maternité.

A l'examen des poumons, l'on constate :

A la percussion, matité franche, en arrière et à droite, dans la moitié inférieure.

A la palpation, diminution des vibrations thoraciques à ce niveau.

A l'auscultation, on entend un souffle expiratoire lointain. Egophonie. Légère pectoriloquie aphone au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Aux deux sommets, et surtout à droite, la respiration est légèrement soufflante et l'on entend des râles sous-crépitaux secs. Les urines sont légèrement albumineuses.

14 juin. — La malade va bien et demanderait à sortir. L'appétit est excellent.

Les suites de couches ont été un peu fébriles, bien qu'il ne fut survenu aucune modification du côté de l'utérus et des annexes.

OBSERVATION VII.

(Inédite. M. VINAY.)

Pleurésie de la base gauche à la fin du 9^e mois. — Guérison rapide à la suite de l'accouchement.

E..., 35 ans, multipare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 27 février 1887. Sortie le 13 mars.

Vers les six heures du soir elle a été accouchée au forceps.

L'affection actuelle a débuté vraisemblablement à la suite d'un voyage de Monchat à Lyon, pendant la nuit du 26 au 27 février, qui était très froide.

La maladie a débuté le 1^{er} mars et a suivi une marche graduellement ascendante.

4 mars. — Souffle doux, lointain, avec égophonie à la base gauche. — Pas de râles. Les crachats sont peu abondants, spumeux, légèrement striés de sang, très rouges. Point pleurétique à la base gauche.

La fièvre monte graduellement.

Rien du côté du ventre. Aucun signe de péritonite. L'involution utérine se fait normalement. La perté est normale et commence à pâlir, mais il n'y a pas eu de montée du lait.

13 mars. — La malade sort guérie. La résorption de l'épanchement s'est faite peu à peu. Santé excellente au moment du départ.

L'enfant du sexe masculin est bien portant. Il pèse 3 k. 200.

OBSERVATION VIII.

(Inédite. M. VINAY.)

Pleurésie diaphragmatique du 7^e mois. — Dyspnée extrême. —
Guérison. — Accouchement à terme.

Louise F..., 23 ans, repasseuse, primipare, demeurant à Lyon, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, n° 34, le 9 mai 1898. Sortie le 2 juillet 1898.

Son père est vivant et bien portant. Sa mère est morte d'affection indéterminée.

Personnellement, elle a eu dans son enfance la scarlatine, la coqueluche et la rougeole.

Réglée à 12 ans et toujours régulièrement.

Depuis lors bonne santé habituelle. Mariée le 18 juillet 1897. D. R. le 22 septembre, elles n'ont duré qu'un jour. La

malade ne peut pas préciser quand elle a perçu les premiers mouvements de son enfant. La grossesse a évolué normalement jusqu'à présent.

Pourtant, au mois de janvier dernier, à la suite d'une frayeur, elle fut indisposée pendant un mois environ : une voisine cachée dans une armoire, en sortit brusquement et lui sauta sur les épaules ; l'émotion fut si vive, que la malade perdit connaissance pendant deux ou trois jours. Elle avait perdu l'appétit, les digestions étaient pénibles, les vomissements fréquents et elle avait beaucoup maigri.

L'affection actuelle a débuté il y a trois semaines, par de la courbature, de la fièvre, de l'anorexie. Il y a quinze jours est survenu un point de côté siégeant sous le sein gauche, exaspéré par les secousses de la toux et les inspirations profondes. La toux était sèche, quinteuse, très pénible, presque continue, fréquemment suivie de vomissements alimentaires avec quelques rares filets de sang. Céphalalgie très vive.

C'est dans cet état que la malade entre le 9 mai dans la salle Sainte-Marie. La température aussitôt prise est de 38°1. Le poids est de 44 k. 100. La toux est quinteuse et ne laisse à la malade que fort peu de repos.

L'expectoration est nulle. La dyspnée est vive. On fait à la cuisse une injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

A l'examen des poumons on constate les signes suivants :

A la percussion, en arrière et à gauche, matité franche occupant la partie inférieure gauche du thorax.

A la palpation, les vibrations thoraciques sont abolies à ce niveau.

A l'auscultation, disparition du murmure vésiculaire, surtout marqué dans les parties déclives. On entend quelques frottements pleuraux dans la partie supérieure de l'épanchement. Pas de souffle, pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone, pas de skodisme. Conservation de l'espace de Traube.

Si, avec la pulpe des doigts, l'on appuie en avant et à gauche sur les insertions costales du diaphragme, on détermine une

vive douleur qui s'irradie du même côté, en arrière et réciproquement. Pas de soulèvement de l'abdomen dans les mouvements d'inspiration. Pas de déviation du cœur. L'auscultation de cet organe ne révèle pas de bruits anormaux. On compte 128 pulsations à la minute.

Les urines ne sont pas albumineuses.

État névropathique de la malade : insensibilité complète de l'arrière-gorge. Insensibilité relative de la conjonctive. Sensibilité extrême de l'ovaire gauche. Spasmes du cou, sensation de boule, au moment des impressions morales.

Traitement. — On donne à la malade 5 pilules par jour chacune avec extrait thébaïque 0,01 centigr. et extrait de belladone 0,01 centigr.

10 mai. — La malade est toujours dans le même état, pourtant la toux est moins quinteuse. Il y a un peu de fièvre.

Traitement. — Potion avec 1 gramme de chloral, 3 ventouses scarifiées à la base gauche du thorax.

12 mai. — Sous l'influence du traitement précédent ainsi que du repos, l'amélioration est manifeste. Il n'y a plus de quintes de toux. Les douleurs thoraciques du côté gauche ont presque disparu. La malade dort et s'alimente. La fièvre est tombée (37° 5).

A l'examen local on constate que la matité persiste dans toute la partie située au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, à ce niveau la respiration s'entend mais atténuée. La pression digitale au niveau de la base du thorax, en avant, dans les points d'insertion du diaphragme, n'est plus douloureuse. Les bruits du cœur sont normaux.

14 mai. — Poids : 44 k. 700.

17 mai. — L'apyrexie est complète et l'état général excellent. La malade demanderait à sortir.

Localement, on constate que la matité persiste dans le quart inférieur du poumon gauche.

La respiration s'entend jusqu'à la base, mais légèrement atténuée dans les parties déclives. L'appétit est excellent. Le sommeil est normal.

21 mai. — Poids : 43 k. 100.

La malade qui est sortie de l'hôpital le 18 mai, y revient le 4 juin pour se faire peser et se faire examiner. Poids : 42 k. 700.

La malade est faible, transpirations diurnes et nocturnes, elle affirme que tous les soirs elle a un accès fébrile qui se termine à minuit.

Pas de diarrhée. Elle tousse toujours un peu. Elle perçoit très bien les mouvements de son enfant. L'appétit est conservé.

Persistance de la matité dans le quart inférieur. Les vibrations thoraciques sont diminuées, mais non abolies à ce niveau.

A l'auscultation, on constate simplement la diminution du murmure vésiculaire. Pas de râles. Les sommets paraissent sains. Quelques frottements pleuraux au sommet gauche.

20 juin. — Poids : 43 k. 300. Le travail est commencé.

21 juin. — Accouchement.

Diamètre P. S. P. 10 1/2. Diamètre P. P. 9. Dilatation spontanée, sans incidents. Descente de la tête après 12 heures de travail. Terminaison par une application de forceps dans l'excavation sur la tête en O I G T.

Enfant petit, 2 k. 600.

2 juillet. — Poids de la mère : 37 k.

OBSERVATION IX.

(Inédite. M. VINAY.)

Pleurésie grippale des deux bases, à la fin du cinquième mois. — Grossesse gémellaire. — Avortement. — Pneumonie suppurée du puerpérum. — Pleurésie séreuse concomitante. — Mort. — Autopsie.

Flavie A., 34 ans, ménagère, VIII-pare, enire le 28 janvier 1898, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, lit n° 45.

Sa mère est morte de vieillesse; elle a eu neuf enfants tous arrivés à terme. Son père est mort à la suite d'une attaque.

Cinq frères et sœurs bien portants, un frère est mort à la suite d'une bronchite et de la fièvre jaune contractée au Tonkin.

Personnellement. — La malade a eu sept grossesses, actuellement elle est enceinte pour la huitième fois. Son premier enfant, venu à terme, est mort à vingt-un jours de congestion cérébrale.

La deuxième grossesse, 1887, s'est terminée par un avortement au deuxième mois, que la malade met sur le compte d'un effort. Tous ses autres enfants sont arrivés à terme et sont actuellement bien portants.

Il y a environ deux ans que la malade tousse, mais elle n'a jamais eu d'hémoptisies. Réglée à quinze ans. Ses menstrues n'ont pas reparu depuis le 28 août 1897. —

Il y a douze jours, la malade a ressenti un point de côté siégeant à gauche ; la toux est fréquente, et l'expectoration abondante.

Actuellement. — 29 janvier, le point de côté a bien diminué, l'oppression est légère, et il n'y a pas de température (37° 2).

Les urines renferment un petit disque d'albumine.

A l'examen des poumons, on constate :

De la matité à la base gauche, et des râles sous-crépitaux, remontant presque jusqu'au sommet — Quelques râles de congestion à la base droite. — Au sommet droit, en arrière, on entend quelques craquements secs. — Il n'y a rien en avant aux deux sommets.

L'auscultation du cœur paraît normale, bien que les bruits soient sourds.

31 janvier. — La température prise la veille au soir a atteint 40°, alors que celle du matin était de 38° 2. — La malade se plaignait alors de douleurs violentes dans la région lombaire des deux côtés. — Herpès labial.

Ce matin, à 7 heures 1/2, elle a avorté, sans douleurs, de deux fœtus de sexe différent, mesurant 27 à 28 centimètres de hauteur.

Il y a deux placentas.

2 février. — Retour de la fièvre, avec dyspnée et toux; les crachats sont diffluent, d'aspect safrané; les lésions sont localisées à la base droite, où l'on constate de la submatité dans le quart inférieur. — La respiration est soufflante — râles crépitants nombreux; — à gauche, râles muqueux, disséminés, sans souffle.

3 février. — Apyrexie le matin. — La malade se sent notablement soulagée.

15 février. — La température est tombée à 37°8 — 37°9. Les vibrations thoraciques ont disparu aux deux bases : à ce niveau, on entend un souffle bronchique. Egophonie à droite. Bronchophonie à gauche; — quelques râles au poumon gauche; à droite, souffle expiratoire.

L'expectoration est muco-purulente

22 février. — L'épanchement double, qui s'était produit aux bases, a disparu après avoir donné lieu à des frottements pleuraux. — La respiration s'entend partout, mais atténuée à la base droite; cœur sain.

Etat général bon. La malade s'alimente.

11 mars. — La malade finit par succomber. Depuis quinze jours environ, elle présentait les signes d'un épanchement pleural du côté gauche. — L'état général n'était pas bon; — perte de l'appétit; — grande faiblesse; — toux quinteuse; — peu d'expectoration.

Il y a cinq à six jours, retour de la fièvre et de la dyspnée; — expectoration un peu sanglante; — douleur dans le côté gauche de la poitrine.

12 mars. — A l'autopsie, hépatisation grise du lobe inférieur gauche, en même temps pleurésie séreuse du même côté. On ne trouve rien dans les autres organes; sauf que le foie et la rate sont gros, comme dans les maladies infectieuses. Rien au cœur.

Pas de tuberculose. — Le poumon droit est très emphysémateux. —

En somme, nous avons eu affaire à une grippe qui

est survenue chez une femme enceinte et qui a provoqué un avortement gémellaire. — La bronchite s'est capillarisée à la suite de l'avortement, et il y a eu de la broncho-pneumonie avec épanchement. — Les lésions ont disparu ou se sont atténuées; mais six semaines après le début des accidents, s'est développée une pneumonie lobaire gauche qui suppura et emmena la malade. Il n'y avait pas de tuberculose.

OBSERVATION X.

(Inédite. M. VINAY.)

Pleurésie séreuse du troisième mois de la quatrième grossesse. — Guérison
— Cinquième grossesse normale.

Françoise B..., 33 ans, ménagère, demeurant à Lyon, V-pare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 3 août 1892, lit n° 1; sortie le 16 du même mois.

En 1889, la malade est enceinte pour la quatrième fois. D.R. : du 15 au 18 octobre 1889. Au commencement du troisième mois, vers le 25 décembre 1889, elle ressentit une douleur dans le côté gauche, avec toux quinteuse, pénible, sans expectoration. Fièvre. Le médecin constata un épanchement; il fit appliquer successivement cinq vésicatoires et ordonna le régime lacté. — Traitement médical ordinaire.

La maladie dura cinq semaines environ; — la grossesse continua. — Accouchement le 18 juillet 1890, en ville. — L'enfant, qui pesait 3,250 gr. est aujourd'hui bien portant. La mère ne l'a pas nourri elle-même.

La cinquième grossesse actuelle, 1892, n'a rien présenté de particulier; — pas de toux, pas de dyspnée. — Accouchement le 3 août, enfant vivant et bien portant.

16 août. — La malade sort en bon état. — L'examen du poumon permet de constater une respiration normale dans la plus grande étendue du parenchyme. — Le murmure vésiculaire est seulement un peu rude au sommet gauche; — pas de râles, pas de toux, pas de matité. Bon état général.

OBSERVATION XI.

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le Dr JEANNIN, de Bourg.)

Pleurésie bacillaire du troisième mois. — Amélioration.

M^{me} Caroline P..., 25 ans, demeurant à Bourg (Ain).
II-pare.

Les parents sont vivants et en bonne santé; on ne trouve dans leurs antécédents personnels aucun signe de tuberculose — Une tante de la malade serait morte probablement de la poitrine. — La malade a eu un frère et une sœur. — Le frère est mort à quatre ans de méningite tuberculeuse; la sœur est actuellement âgée de trente-six ans, et arrive à la dernière période d'une tuberculose chronique pulmonaire et laryngée, évoluant depuis quatre ans.

Personnellement, la malade n'a jamais eu une forte santé : jusqu'à l'âge de huit ans, elle a toussé presque tous les hivers, et même à six ans, a eu une bronchite très grave, qui l'avait beaucoup affaiblie.

Réglée à douze ans; la menstruation au début, ne se montra que deux fois en seize mois, puis s'établit régulièrement à partir de ce moment. — Durée quatre jours,

A 16 ans, chloro-anémie avec troubles gastriques surtout. Durée 1 an et demi. Pas de symptômes pulmonaires.

Mariée à 24 ans. Après 10 mois de mariage, la malade eut un enfant qui est actuellement en bonne santé. Pendant cette première grossesse, on ne doit signaler que des vomissements assez fréquents jusqu'à trois mois et demi. L'accouchement qui eut lieu en novembre (fin) 1897, fut normal. La malade n'a pas allaité son enfant, sur les conseils qu'on lui donna.

Dans les premiers jours de janvier 1898, retour de couches : durée un jour, puis nouvelle réapparition huit jours après, c'est-à-dire le 9 janvier. A ce moment l'hémorragie dure quatre jours, et depuis, la malade n'a pas revu ses règles.

Pendant tout le mois de janvier, elle se plaignit d'un point de côté à droite; elle ne consulta pas à ce moment. Jusqu'en avril 1898, rien de particulier à signaler, sinon la disparition des règles : nausées le matin, les seins grossissent et donnent de petites lancées.

Maladie actuelle : Je fus appelé à donner des soins à la malade, le 15 avril 1898.

Depuis huit jours M^{me} P...., se plaint d'un violent point de côté à droite, s'irradiant sous le sein droit, et gênant même les mouvements du bras du même côté. Il existe une dyspnée assez vive (38 resp. à la minute).

Très peu de toux : quatre à cinq quintes de toux sèche par jour. Pas de sommeil.

L'examen montre ce qui suit :

Il existe à la base droite, une matité absolue de quatre travers de doigt environ : à ce niveau, disparition complète des vibrations. A l'auscultation on trouve un souffle lointain, voilé, à maximum à la fin de l'expiration. Egophonie et pectoriloquie aphone. Au-dessus de l'épanchement on constate quelques frottements.

Pas d'abaissement du foie. Au sommet droit on trouve les signes suivants de congestion : R— V + S +. Rien à gauche.

Température rectale 38° 3.

Signalons aussi un amaigrissement rapide.

On examine la malade au point de vue d'une grossesse et on trouve un col gros, ramolli sur le pourtour de l'orifice externe.

Le volume de l'utérus est celui d'une grossesse de trois mois environ. Le fond dépasse le pubis de deux bons travers de doigt.

Fonctions digestives normales sauf de la constipation.

Traitement : Séjour au lit. Trois litres de lait bouilli par jour. Potages maigres. Magnésie le matin. Révulsion (sina-pisme) sur le point de côté. Tisanes diurétiques.

17 avril. — Température rectale, le soir, 38° 2. Le point de côté est un peu moins violent. Mêmes signes à l'auscul-

tation. L'épanchement n'a pas augmenté. Pas d'albumine dans les urines qui sont claires et en quantité ordinaire.

19 avril, au matin 37° 3. Pouls : 28 au quart. Respiration : 32 à la minute. Le point de côté est de moins en moins intense. Moins d'oppression aussi. Bon sommeil la nuit dernière. L'épanchement remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate.

Traitement : Tisane de chiendent. Lactose, 50 grammes par jour. 2 granules de digitaline cristallisée à 1/4 de milligramme (digitaline Nativelle).

21 avril. — Température du soir : 37° 7.

La malade ne souffre presque plus ; mais l'oppression persiste (32 resp. à la minute). Pouls : 23 au quart. Selles régulières, urines un peu plus abondantes, claires, sans albumine. Diminution de l'épanchement. Frottements nets au niveau de la pointe de l'omoplate.

Mêmes symptômes de congestion du sommet droit.

La digitaline est continuée à la dose d'un granule par jour.

24 avril. — La température est complètement tombée depuis deux jours. Il existe encore un peu de sensibilité du côté droit. L'épanchement se résorbe. Urines abondantes.

30 avril. — La toux a complètement disparu. Le côté n'est plus sensible ; l'épanchement est réduit à deux travers de doigt environ. On entend encore un léger souffle expiratoire et de la bronchophonie.

La digitaline est supprimée depuis quatre jours et la malade s'alimente davantage.

Teinture d'iode sur la base droite. Lactose. Tisane de chiendent. Lait. Potage maigre. Œufs. Blancs de volaille.

Pendant tout ce temps il n'y a eu aucun symptôme du côté de l'utérus.

Examen du 12 mai. — La malade dit ressentir encore un léger tiraillement à l'inspiration très profonde. Pas de toux. Submatité légère à la base, avec exagération des vibrations. Respiration un peu rude. Pas de frottements véritables.

Mêmes signes de congestion du sommet. Urines abondantes. Selles régulières. La malade qui se lève déjà a peu d'appétit. On lui donne 5 gouttes de liqueur de Fowler avant le repas de midi et 2 cachets de papaine non amylacée (chacun avec 0,05 centig.) avant le repas.

24 mai. — La malade qui est partie à la campagne, est venue pour un nouvel examen. Rien à la base droite qu'un peu de submatité. Mêmes signes de congestion au sommet droit, sur lequel on fait de la révulsion avec de la teinture d'iode. Pas de toux. Pas d'oppression dans la marche.

L'alimentation se fait bien. Les forces sont un peu revenues. La malade a perçu les mouvements du fœtus depuis sept à huit jours.

27 mai. — Examen.

Le sommet droit est toujours de plus en plus suspect. Sous la clavicule on trouve de l'exagération des vibrations. Un peu de submatité et expiration prolongée et soufflante.

Pas de râles. Mêmes signes dans la fosse sous-claviculaire droite. Rien à gauche.

La malade se plaint depuis cinq ou six jours d'oppression. L'utérus dépasse nettement l'ombilic. On sent les mouvements actifs du fœtus; à l'auscultation on trouve près de la ligne blanche, et à cinq travers de doigt, les bruits du cœur du fœtus.

Rien d'anormal à signaler, pas de contractions.

Somme toute : pleurésie dont l'origine ne paraît pas douteuse. Evolution lente, sans grand retentissement fébrile. Ce qui m'a le plus frappé, c'est la persistance de la douleur thoracique. Quant à l'oppression, elle tenait, je crois, non seulement au point de côté et à l'épanchement, mais aussi aux lésions qui paraissent vouloir évoluer.

OBSERVATION XII.

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le Dr BAYLE, de Lyon.)

Pleurésie aiguë du huitième mois. — Guérison.

Le 16 décembre 1897, nous avons été appelé auprès de M^{me} D..., elle est âgée de 26 ans et a toujours eu une bonne santé habituelle.

Scarlatine à 8 ans. Elle est enceinte pour la première fois, de 7 mois 1/2. D. R. 26 avril 1897.

Elle raconte qu'elle a ressenti de petits frissons il y a environ huit jours, et depuis, elle souffre d'un violent point de côté, siégeant du côté droit.

Elle accuse une gêne respiratoire considérable.

A la percussion du thorax, nous constatons, à droite et en arrière, une matité très nette qui remonte jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

A la palpation, les vibrations thoraciques sont abolies dans toute l'étendue de la matité.

A l'auscultation, on perçoit un souffle fort, s'entendant au deux temps de la respiration. Egophonie et pectoriloquie aphone.

A gauche, la sonorité est normale. Quelques râles sibilants à l'auscultation.

La malade paraît très affaiblie; le-pouls est petit, et la dyspnée extrême. T. 39° 4.

Les urines contiennent des traces d'albumine.

Nous pratiquons la thoracenthèse immédiatement et nous retirons 100 gr. environ d'un liquide de couleur ambrée. Après la ponction, la dyspnée diminue très sensiblement.

27 décembre. — Point de côté pénible. Dyspnée marquée. Petite toux sèche, fatigante. T. 39° 6.

30 décembre. — Le point de côté a presque disparu. La dyspnée est toujours vive. T. 38° 5.

4 janvier. — La matité remonte à 4 centimètres au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate.

Absence complète des vibrations thoraciques. Bronchophonie. Pectoriloquie aphone. Dyspnée vive. T. 38° 2.

Nouvelle ponction qui permet de retirer 600 grammes environ de liquide de couleur ambrée, semblable à celui qui avait été retiré lors de la première ponction.

15 janvier. — La respiration s'entend, un peu affaiblie, dans toute l'étendue du poumon droit. Légers frottements à la base ; submatité.

La température est normale. La malade s'alimente bien. Les bruits du cœur fœtal sont nettement perceptibles.

28 janvier. — La malade paraît rétablie ; on perçoit encore quelques frottements légers à la base droite.

Accouchement le 12 février ; l'enfant (sexe féminin) meurt quelques jours après, de l'ictère des nouveaux-nés.

Les suites de couches furent normales.

20 jours après la délivrance, la malade se lève, complètement rétablie.

B. — Pleurésies purulentes.

OBSERVATION XIII.

(M. VINAY. Inédite.)

Pleurésie purulente à la fin de la grossesse. — Accouchement prématuré
Fonction simple. — Guérison. — Infection par le streptocoque.

Marie G...32 ans, journalière, née à Azon, (Ardèche), demeurant à Lyon, V-pare, entrée le 25 février 1895, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Vinay, salle Sainte-Marie, lit n° 18. Sortie le 15 mars.

Son père est mort à l'âge de 84 ans. Sa mère, âgée de 70 ans, est bien portante, 7 frères ou sœurs en bonne santé. Ni frères ni sœurs morts.

Réglée à 11 ans, toujours régulièrement.

Mariée à 23 ans, a eu 4 enfants, le dernier est mort-né, les autres sont en bonne santé. La malade est enceinte de huit mois. Les dernières règles datent probablement de la fin du mois de juin.

La grossesse actuelle est bonne, comme l'ont été du reste les grossesses précédentes. Pas de dyspnée, ni de palpitations, pas de varices, quelques vomissements dans le premier mois.

Les urines n'ont pas été examinées.

Pas de maladies graves dans l'enfance.

L'affection actuelle a débuté le 22 février.

La malade raconte qu'elle n'a rien ressenti d'anormal, dans la journée du 21. Le début se fit par un point de côté qui apparut brusquement pendant la nuit; il était très intense

et continu, empêchant la toux et gênant la respiration. Pas de frissons, deux ou trois vomissements bilieux et alimentaires, aucun phénomène du côté de l'abdomen. Le matin du 22, la malade ne put pas se lever. L'anorexie était absolue. Le point de côté et tous les autres symptômes précédents se prolongèrent jusqu'au 25; on la transporte alors, ce même jour, à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Sainte-Marie (service de M. Vinay).

La température à l'entrée est de 38°8; le facies est rouge, la dyspnée continue ainsi que le point de côté. La malade a eu chez elle, le matin en se levant, plusieurs frissons très forts, mais qui ne durèrent que le temps qu'on mit à l'habiller.

A l'examen des poumons, on constate: à la *percussion*: ligne de matité, avec encoche prévertébrale; le sommet de cette ligne atteint l'angle inférieur de l'omoplate. Au dessus de cette ligne, le son est très grave, à son niveau, on entend du souffle sur une très faible hauteur, ce souffle est surtout expiratoire. On constate également une légère égophonie, pas de pectoriloquie aphone, obscurité de la respiration; au dessus, la respiration est normale, quelques râles sous-crépitaux vers l'aisselle.

En avant, la respiration n'offre rien de particulier, submatité sous-claviculaire. Les vibrations thoraciques sont abolies en arrière.

Le cœur bat dans le 5^e espace intercostal gauche; le maximum se trouve dans le 4^e, sous le mamelon. Les bruits sont réguliers, rapides, bien frappés.

Le pouls = 132 à la minute, il n'est pas dichrote, mais peu tendu. Respiration: 30 à la minute.

Expectoration muco-fibrineuse; crachats non rouillés.

Herpès labial datant de 4 jours.

Les urines, très chargées en urate, contiennent beaucoup d'albumine.

Les bruits du cœur du fœtus sont perceptibles. Pas d'engagement.

28 février. — La température est ce matin de 37°7.

La malade n'a plus cet état d'abattement dans lequel elle se trouvait hier. Le point de côté a diminué.

Traitement. Ventouses scarifiées, caféine, champagne'; à 6 heures du soir, début des douleurs de l'accouchement.

29 février. — A 10 heures du matin : les douleurs ont persisté pendant toute la nuit. Sommeil impossible. Température rectale : 37° 3. L'oppression a disparu. L'enfant est vivant, il se présente en O. I. G. T; la tête est à peine engagée, la poche des eaux est intacte, le col est à un franc seulement.

Les urines contiennent des traces d'albumine.

1^{er} mars. — Accouchement à 6 heures du matin d'un garçon pesant 2 kil. 600, non complètement à terme. Rien de spécial au moment de l'accouchement. Délivrance normale.

2 mars. Il y a un peu de fièvre, tenant sans doute, à l'état pleuro-pulmonaire. L'involution utérine est normale. Il y a toujours de la matité dans les deux tiers inférieurs de la base droite, en avant comme en arrière; à ce niveau les vibrations thoraciques sont diminuées, mais non abolies. Souffle expiratoire vers l'angle inférieur de l'omoplate. Disparition complète de la respiration dans les parties déclives, peu de dyspnée, la toux persiste. L'expectoration est blanche, spumeuse, peu abondante.

3 mars. — Ponction exploratrice : on retire un liquide louche, contenant des globules de pus en grande quantité; pas de globules rouges. On ensemence le liquide dans du bouillon. Nouvelle poussée d'herpès sur les lèvres et le menton.

4 mars. — Ponction d'un liquide purulent, verdâtre, contenant des fausses membranes. On en retire un peu plus d'un litre.

La matité remontait en avant, jusqu'au premier espace intercostal, et en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate. Dyspnée, nuit mauvaise, agitation, fièvre.

La culture du liquide indique que l'agent de la suppuration est le *streptocoque seul*, il ne s'y ajoute aucun autre microbe.

Il est à remarquer, que, du côté des organes génitaux, il ne s'est rien développé de pathologique. L'involution de l'utérus a été normale, l'écoulement des lochies habituel.

6 mars. — Amélioration locale; la ligne de matité s'est abaissée. La respiration s'entend vers les parties supérieures (moitié supérieure du côté gauche); il persiste un peu de fièvre le soir.

8 mars. — Disparition de la fièvre depuis 2 jours, état général excellent, l'herpès disparaît, le liquide semble se résorber, la ligne supérieure de matité s'abaisse progressivement.

La culture du liquide indique nettement que le streptocoque est le seul germe pathogène (M. Regaud).

15 mars. — Diminution de l'épanchement. Bon état général. Encore un peu de fièvre.

L'enfant a succombé. La malade sort malgré notre avis formel.

2 avril. — Nous avons revu la malade chez elle. Son état est loin de s'être amélioré; elle tousse, elle est oppressée; elle a maigri, et est obligée de garder le lit. Elle semble avoir de la fièvre.

A l'examen du thorax, on constate que le liquide s'est reproduit. On constate de la matité, sur la moitié inférieure de la poitrine (à droite, en arrière). Souffle doux, expiratoire, à la partie moyenne de l'épanchement. Disparition de la respiration sur la plus grande partie des points mats.

Cette malade finit par guérir.

OBSERVATION XIV.

(Inédite. M. VINAY.)

Pleurésie purulente survenue au commencement du neuvième mois de la grossesse. — Accouchement prématuré. — Ponction. — Pleurotomie. — Infection par le streptocoque. — Phlébite des deux fémorales. — Guérison.

Madame X..., 25 ans, bonne santé habituelle, enceinte pour la seconde fois, est arrivée au 9^e mois de sa grossesse. La première grossesse avait été régulière, mais l'accouchement avait nécessité une application de forceps.

La maladie débute brusquement le 24 mai 1897 par un violent point de côté à droite, au cours d'une promenade ; la dyspnée, l'anxiété respiratoire s'accroissent rapidement.

26 mai. — On constate les signes d'un épanchement localisé à la base droite de la poitrine. Le fonds de l'utérus s'élève presque jusqu'au creux épigastrique, l'enfant est vivant.

Dans la soirée, surviennent les douleurs de l'accouchement et dans la nuit naissait un enfant bien portant, un peu prématuré,

31 mai. — Ponction d'un litre de liquide purulent qui contient, d'après les recherches, du streptocoque et du pneumocoque.

2 juin. — L'amélioration produite par la ponction fut passagère, bientôt l'état général s'aggrava, la température dépassa 40° ; les urines étaient albumineuses ; et il survint un délire violent qui nécessita l'emploi des bains progressivement refroidis.

Du côté de l'utérus et des annexes, on ne remarqua à aucun moment, la moindre complication. Malgré l'état général grave de la patiente, les lochies ne furent pas troublées et l'involution utérine se produisit dans les délais normaux.

13 juin. En raison du retour de l'épanchement, on pratique la pleurotomie qui donne issue à deux litres de pus grumeleux sans odeur. Drainage, pas d'injections.

Depuis l'évacuation du foyer, l'état général s'améliora graduellement. Toutefois, le 29 juin, la malade se plaint de douleurs au niveau de la fosse iliaque droite et bientôt on voit survenir un cordon douloureux, le long de la fémorale correspondante avec œdème léger du membre inférieur. Quelques jours, plus tard, la phlébite s'étendait à la fémorale gauche; mais ces deux localisations furent passagères, la phlébite n'étant pas oblitérante et vingt jours environ après le début de cette complication, toute trace d'inflammation veineuse avait disparu.

La convalescence fut longue, mais la malade finit par se rétablir complètement.

OBSERVATION XV.

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le docteur MOUISSET, médecin des Hôpitaux.)

Pleurésie purulente du 6^e mois. — Pleurotomie. — Amélioration passagère. Septicémie tardive. — Avortement. — Mort. — Pas d'autopsie.

Émilie G..., 30 ans, demeurant à Vienne (Isère), ménagère, III-pare, entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle 2^{es} Femmes, n° 19, le 22 décembre 1890. Sortie le 1^{er} février 1891.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 12 ans, sans incidents.

Elle aurait eu, dans l'enfance, de l'impetigo du cuir chevelu; adénites cervicales dont quelques-unes ont suppuré.

Bonne santé habituelle. Femme très robuste.

Deux couches sans incidents. Le dernier enfant est âgé de 16 mois. La malade est actuellement enceinte de 6 mois.

Il y a quatre semaines environ, la malade dit s'être enrhu-

mée, elle a pourtant continué à vaquer à ses occupations pendant près d'un mois.

Le 14 décembre, au soir, elle a ressenti un point de côté très violent sous le sein gauche ainsi que des frissons. Le lendemain elle a rendu un peu de sang dans ses crachats qui étaient très épais et ressemblaient, les jours suivants, à de la gelée d'abricot.

Le 18 décembre, le médecin traitant pratique la thoracentèse et retire un 1/2 litre de pus très louable.

Le 22 décembre, la malade entrait à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Bouveret suppléé par M. Mouisset.

Le facies est pâle, bouffi, lèvres et pommettes cyanosées. Le pouls est bon : 120. Le cœur s'entend à sa place habituelle, mais le maximum des bruits s'entend sous le sternum et sur le bord droit.

A la percussion, matité jusqu'au 3^e espace intercostal en avant; en arrière elle remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. Pas de sensation de flot, mais la malade, excessivement grasse, présente des parois thoraciques très épaisses.

36 respirations par minute.

A l'auscultation, à droite, on entend de haut en bas de gros ronchus et des râles muqueux à la base.

A gauche, mêmes bruits. Sous l'aisselle souffle léger, uniquement expiratoire, égophonie très nette à ce niveau.

L'opération de l'empyème, pratiquée le jour même de l'entrée, donne issue à 3 litres de pus, assez louable, sans néomembranes. Pas de lavages. En somme, on a l'impression d'un abcès chaud de la plèvre. Aussitôt après l'opération, la malade se sent soulagée et dit mieux respirer.

23 décembre. — La malade est très cyanosée.

Pansement, et l'on tient la malade assise. Une heure après la visite, l'aspect de la malade a déjà changé. Lèvres moins bleues. Persistance du bruit de tempête dans le poumon droit.

24 décembre. — Chute de la température. Amélioration

réelle. La malade dit avoir ressenti plusieurs fois dans la nuit, dans le côté droit, des douleurs très vives, en éclair, avec arrêt de la respiration.

On coupe un bon centimètre de chaque drain.

28 décembre. — Nuit excellente. La toux a presque disparu. Bon état de la plaie.

24 janvier. — Il est question du départ de la malade dont l'état local est excellent; elle présente seulement des vomissements, qui, en l'absence de fièvre et de l'état saburral, doivent être mis sur le compte de la grossesse.

En faisant retourner la malade, on constate dans la région lombaire une saillie étalée, sans modification de la couleur de la peau. Fluctuation très nette.

La présence d'un abcès à ce niveau n'est pas douteuse.

On se rappelle qu'au début de l'opération de l'empyème, la malade accusait une douleur très vive, atroce, dans les lombes, empêchant le décubitus dorsal. Ce jour-là, un examen local minutieux a été fait en vue de rechercher un abcès.

L'absence de signes locaux, la disparition des douleurs semblaient devoir faire rejeter cette idée; d'autre part, l'état gravide pouvait faire songer à des douleurs utérines. Quelque temps après, une seule crise de douleurs semblables s'est produite. Il n'est pas douteux qu'elles devaient se rattacher à une migration insolite de l'abcès pleural, qui s'est faite sans réaction générale (ni fièvre, ni frissons) et ne présente actuellement aucune réaction locale (aspect d'abcès froid).

26 janvier. — Ouverture de l'abcès. Il s'écoule 300 gr. d'un pus franchement louable.

1^{er} février. — Bonne voie de guérison de la plaie lombaire. La plèvre est fermée.

On entend la respiration et des frottements à gauche. Quelques râles insignifiants à droite.

Depuis 15 jours, la température rectale prise régulièrement matin et soir, oscille entre 37° et 37° 5.

La malade qui était arrivée à s'alimenter en éprouva bientôt le dégoût.

Vomissements fréquents, plusieurs fois elle avait demandé à retourner dans son pays, aujourd'hui elle insiste en disant qu'elle manque d'air et se rétablira plus vite à la campagne. En raison de l'état général et de l'état local, on se croit autorisé à permettre le départ de l'Hôtel-Dieu (1^{er} février).

Le lendemain, la malade, de retour à Vienne, fait appeler le docteur Barbier qui constate les signes suivants :

Dyspnée vive. Face rouge, congestionnée, bleuâtre. La malade refuse tout aliment et vomit tout ce qu'on veut lui faire ingurgiter.

A l'auscultation : Bronchite généralisée.

A la base gauche quelques frottements ou râles muqueux. Douleurs violentes au niveau de la cicatrice de l'empyème, d'ailleurs fermée, violacée. La plèvre lombaire suppurait très peu et ne semblait pas vouloir se cicatriser. T. 38° 9 à 39°. Langue sèche.

Après de vives souffrances au niveau de la cicatrice, cette dernière s'est ouverte en deux points et a donné issue à du pus dont j'ai pu évaluer la quantité à 1/2 verre. L'écoulement a continué jusqu'à la mort.

La malade était constamment très excitée et subdélirait le jour. La nuit elle avait parfois un délire violent.

Persistance de la bronchite généralisée. Râles dans la partie inférieure du poumon gauche. Pas de souffle. Persistance de l'écoulement purulent par la plaie réouverte de l'empyème. T. 39°, n'a jamais atteint 40°. Vomissements constants qui lui faisaient rejeter aliments et remèdes.

Pas de signes d'épanchement pleural.

Pouls désordonné (120-140).

Albuminurie.

Tel est le tableau de la malade jusqu'au 9 février, où elle

prend des douleurs que n'arrivent pas à calmer les lavements laudanisés.

Avortement le 10. Persistance de l'état général et des troubles respiratoires. Mort le 12 février.

OBSERVATION XVI.

(Inédite. MM. PASSERAT et BERNASCONI, de Bourg.)

Pleurésie purulente survenue au 6^e mois de la grossesse. — Pleurotomie. Guérison. — Persistance de la grossesse. Accouchement à terme. Enfant vivant.

M^{me} Julienne C..., 41 ans.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Réglée à 12 ans, toujours régulièrement.

A eu déjà 4 accouchements à terme qui ont été normaux.

Jamais de fausses couches.

Pas de maladies antérieures.

Entrée à l'hôpital de Bourg (Ain), le 21 mai 1895, service de médecine du docteur Passerat.

Il y a 12 jours, la malade a ressenti subitement un violent point de côté à gauche; en même temps s'est déclarée une toux quinteuse avec légère expectoration.

Depuis cette époque la toux n'a fait qu'augmenter.

Le point de côté a disparu après 4 jours, mais il s'est déclaré alors une forte dyspnée.

Actuellement on trouve ce qui suit :

La malade n'a pas eu ses règles depuis 6 mois.

La palpation montre un utérus dépassant l'ombilic. Il existe des mouvements du fœtus depuis 1 mois 1/2 environ.

La malade est fortement oppressée, tousse beaucoup. Faible expectoration.

Pas de céphalalgie, mais la malade se plaint de ressentir souvent une sensation de chaleur désagréable dans tout le

corps. Pas d'appétit, soif vive. Langue saburrale, un peu sèche et rotie au centre.

Il existe un peu de constipation.

Les urines sont encore abondantes. La malade urine quelquefois involontairement au moment des quintes de toux.

L'inspection de la poitrine ne révèle rien d'anormal, mais à la *percussion*, on trouve de la matité dans presque toute la hauteur du poumon gauche.

Les vibrations sont abolies dans les 2/3 inférieurs. A l'*auscultation*, on entend un peu la respiration au sommet, mais le murmure vésiculaire diminue à mesure qu'on descend vers la base.

Il existe de la pectoriloquie aphone et de l'égophonie.

En avant et à gauche, il y a une abolition complète des vibrations à la palpation. Matité plus nette qu'en arrière. Abolition du murmure vésiculaire. Pectoriloquie aphone et égophonie. Mêmes phénomènes sous l'aisselle, mais moins accusés.

Le cœur n'est cependant pas déplacé. On entend assez vaguement les bruits, mais on croit percevoir le choc de la pointe sous le sein gauche et à 2 centimètres au-dessous du mamelon.

Pouls : 104 à la minute. Température axillaire 36°5 (?)

22 mai. — Température axillaire 35°8 (?)

On fait une ponction exploratrice qui donne un liquide nettement purulent.

La malade passe de suite dans le service de chirurgie du docteur Bernasconi.

On fait aussitôt l'empyème, dans le 7^e espace, vers la ligne axillaire. Il sort environ 2 litres de pus grumeleux, avec fausses membranes. On place deux drains accolés.

La malade dont l'état général s'est amélioré immédiatement, sort du service de chirurgie le 21 juin. Elle va aussi bien que possible. La fistule donne très peu.

Elle revient de temps en temps au pansement, et est définitivement guérie à peine 2 mois après l'opération.

Pendant tout ce temps, il ne s'est manifesté aucun symptôme utérin.

3 mois après l'opération, la malade accouche d'un enfant bien constitué, actuellement en parfaite santé.

OBSERVATION XVII.

(Résumée. — LE GENDRE — *Nouvelles arch. de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1886.)

Pleurésie purulente pendant la grossesse. — Deux ponctions palliatives. — Etat marastique; phlegmatia. Pleurotomie — Avortement. — Guérison.

Le 22 mars 1884, Julie B..., blanchisseuse, 27 ans, entrain dans le service de mon éminent maître, M. le Dr Dujardin-Baumetz, hôpital Cochin, salle Blache, n° 13.

Fille d'un cardiaque, elle n'a d'autres antécédents pathologiques qu'une attaque de rhumatisme à vingt ans. — Elle est enceinte pour la troisième fois et depuis quatre mois. Les précédentes grossesses ont été conduites à terme sans accident. Depuis un mois elle toussait, mais attribuait la persistance de ce rhume aux refroidissements inévitables dans sa profession. — Cependant, trois jours auparavant, s'étant couchée avec un état de malaise particulier, elle s'est réveillée dans la nuit, souffrant d'un violent point de côté gauche qui l'empêchait de rester couchée et s'accompagnait d'une assez grande oppression. Ne se trouvant pas soulagée par quelques tentatives thérapeutiques personnelles (sinapismes, tisanes sudorifiques, sirop de Tolu) elle entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Le point de côté, à ce moment, est encore très sensible, mais il cède bientôt à l'application de quatre ventouses scarifiées. A l'inspection du thorax, voussure notable en avant et à gauche.

A la percussion, sous la clavicule, skodisme très évident. — En arrière, matité absolue jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

A l'auscultation, légère égophonie correspondant à peu près à la zone limite de la matité; pectoriloquie aphone. — Souffle doux, lointain, à timbre aigu. Respiration à caractère puérile, dans le côté droit de la poitrine. La toux est assez fréquente et quinteuse, plus marquée quand la malade est assise que dans le décubitus. Les crachats sont incolores et à peine visqueux.

Le 23 mars. — Plus de skodisme, matité dans toute la hauteur du thorax à gauche et en arrière, l'égophonie a disparu. — Silence respiratoire dans la région mate. Le souffle n'est plus perceptible qu'en avant. — Le cœur est très dévié, il bat précipitamment avec le rythme fœtal. — Les crachats sont plus visqueux, un peu teintés de jaune.

Le 24 mars. — On applique un vésicatoire, après s'être assuré que les urines ne sont pas albumineuses.

Le 25 mars. — La respiration réapparaît à la partie supérieure de la zone d'épanchement, dans une zone qui était, la veille, silencieuse et mate. Les jours suivants, la matité persiste dans les deux tiers inférieurs en arrière et dans le tiers inférieur en avant. — L'expectoration diminue, mais la dyspnée est toujours notable.

Le 31 mars. — On applique un nouveau vésicatoire. La mensuration du thorax, faite le 1^{er} avril, montre pour le côté sain, 38 centimètres et 40 du côté malade. — Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Le 2 avril. — La dyspnée est plus vive, le facies est vulgueux, les lèvres sont bleuâtres, la matité est de nouveau totale dans le côté gauche, et la respiration, nulle dans les deux tiers inférieurs, est obscure au sommet. — On pratique la thoracenthèse et l'on évacue 1325 grammes de liquide purulent. — Malgré un examen minutieux on ne trouva dans ce pus aucun bacille.

Le 3 avril. — La thoracenthèse a procuré un incontestable soulagement. Fièvre très modérée, dyspnée bien moindre, respiration encore soufflante en certains points.

Le 6 avril. — La malade éprouve des douleurs qui paraissent attribuables à une névralgie phrénique. — Cœur peu dévié.

Le 7 avril. — Persistance des points douloureux sur le trajet du phrénique. — La malade ayant ressenti, dans la nuit, quelques douleurs dans les reins et le ventre, nous pratiquons le toucher vaginal et ne constatons aucun signe d'effacement du col. Rien n'indique qu'un travail d'expulsion doive se produire.

Le 8 avril. — La dyspnée étant très marquée, et le teint un peu terreux, nous pensons utile de faire une nouvelle ponction qui donne 1300 gr. de liquide purulent. Les signes de névralgie phrénique disparaissent. — Sensation de mieux être. — Respiration plus ample et plus régulière. — L'appétit renaît, le sommeil est calme, le teint est moins jaunâtre.

Le 9 avril. — Une douleur se montre le long de la face interne du bras, à la partie supérieure et dans le creux axillaire gauche. Un œdème manifeste existe sur tout le membre supérieur. — Il semble qu'un cordon dur soit perceptible sur le trajet des vaisseaux et l'on attribue l'œdème à une phlébite de la veine axillaire et de l'humérale profonde. — Auscultation : submatité en arrière, la respiration s'entend un peu, mais obscure. Matité en avant. Peu de souffle. Pouls petit.

10 avril. — La matité et le souffle ont réapparu en avant et en arrière ; cœur dévié, à rythme fœtal ; diminution de l'œdème à la main ; la douleur du phrénique a reparu très vive. Une tuméfaction se manifeste au niveau de la partie gauche du cou et, dans la région sterno-mastoïdienne, on perçoit, au toucher, des cordons vasculaires durs et sinueux. Les veines superficielles du bras apparaissent sous l'aspect d'un lacis bleuâtre.

13 avril. — La paroi thoracique du côté de l'épanchement pleural est sillonnée par un lacis de veines bleuâtres, mais l'œdème du membre supérieur gauche a notablement dimi-

nué ainsi que celui du cou, où l'on perçoit encore cependant des cordons durs, correspondant aux veines jugulaires. L'état général se maintient relativement satisfaisant.

29. — Les phénomènes de coagulation veineuse, notés précédemment, avaient disparu lorsque se montrèrent des douleurs dans le membre inférieur droit, ainsi qu'un œdème blanc et dur. Cette nouvelle phlegmatia fut d'assez courte durée, lorsque le 8 mai, survinrent de nouveaux accidents : épistaxis, le teint redevient terreux, nausées fréquentes, anorexie, dyspnée augmentée, en même temps qu'à l'*auscultation* on note la réapparition d'un épanchement abondant.

Le 13 mai l'on pratique une nouvelle ponction de 1 750 gr. de pus, d'apparence toujours louable, sans odeur putride.

17. — Nouvelles douleurs et gonflement œdémateux de la jambe droite.

18. — Douleurs erratiques dans l'abdomen que ne soulagent pas des cataplasmes. Au toucher on ne constate aucun signe de travail d'expulsion du fœtus. Ballotement perceptible, ainsi que les bruits du cœur du fœtus.

Le 20 mai et les jours suivants, la situation s'aggrave. Vives douleurs dans l'abdomen et les lombes. Dyspnée continue. Appétit nul. Découragement de la malade. Il paraît probable que si elle est laissée à la marche graduelle de la cachexie d'origine pleurale, la mort est certaine et l'enfant mourra aussi.

Fièvre continue avec hécitité. Il semble donc que les ponctions successives n'ayant fait que pallier les accidents les plus menaçants, il faille recourir à la pleurotomie.

Mon maître, M. Dujardin-Baumetz, voulut bien m'autoriser à pratiquer l'empyème sous ses yeux. C'est ce que je fis le 31 mai, la malade n'étant pas anesthésiée, vu son état de grossesse et d'affaiblissement. L'opération fut d'ailleurs faite rapidement et elle ne causa presque pas de douleurs. L'évacuation du pus une fois terminée (et il s'en écoula 3 litres avec des fausses membranes, des débris fibrineux, des frag-

ments de plèvre sphacelés) je fis des lavages avec une solution d'acide borique jusqu'à ce que le liquide ressortit parfaitement limpide.

Pansement de Lister, pansement ouaté, des injections pleurales furent pratiquées régulièrement tous les jours, par les drains volumineux placés dans la plaie.

Le résultat de l'empyème fut remarquable et attesté dès le soir par la chute de la fièvre, qui dès ce jour ne reparut plus que 2 fois par suite d'un lavage négligé.

Retour de l'appétit. Disparition de la teinte terreuse. Respiration plus facile. Il y avait lieu d'espérer que la vitalité du fœtus ne serait pas amoindrie du fait de l'opération.

En effet, les battements du cœur de l'enfant furent perçus les jours suivants, mais ils étaient très faibles. Les mouvements perçus par la mère devenaient de plus en plus rares et le ventre cessait de se développer, lorsque le 12 juin, c'est-à-dire 12 jours après la pleurotomie, des douleurs abdominales apparurent avec un caractère intermittent qui ressemblait fort à celui des douleurs du travail.

Le toucher me fit constater un commencement de dilatation de l'orifice du col, la fausse couche s'accomplit le 13 juin, malgré des lavements fortement laudanisés.

Les suites de cet avortement furent d'ailleurs parfaitement simples; elles n'empêchèrent nullement le travail de cicatrisation de la plèvre.

Le 6 août, la malade sortait parfaitement guérie.

Ainsi, voilà un cas de pleurésie, purulente d'emblée, chez une femme enceinte de 4 mois, qui ne semblait avoir dans ses antécédents rien qui la prédisposât à la purulence.

OBSERVATION XVIII.

(Résumée. M. MAYOR. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1888.)

Pleurésie purulente pendant la grossesse. — Siphon. — Guérison. —
Quelques réflexions sur la pleurotomie.

M^{me} S..., 22 ans, repasseuse, mariée depuis près d'un an, est enceinte de 5 mois. Bonne santé habituelle. Sa mère est bien portante. Son père est mort à 55 ans, après avoir toussé pendant une quinzaine d'années.

A eu dans son enfance une fluxion de poitrine grave, dont elle a eu grand-peine à se remettre et de laquelle il lui est resté une facilité très grande à s'enrhumer l'hiver. En dehors de cela, pas de maladies.

Pas de ganglions dans l'enfance, pas d'autres manifestations de scrofule. Un peu d'anémie dans ces dernières années. Cependant M^{me} S... supporte facilement son métier de repasseuse, possède un appétit régulier et bon, et un grand entrain.

L'habitus n'est toutefois pas très vigoureux, les cheveux sont d'un blond pâle, le teint peu coloré, l'ossature grêle, la voix habituellement un peu voilée.

La grossesse n'a jusqu'à présent donné lieu à aucun phénomène fâcheux.

Le jeudi 26 mai 1887, elle fait une chute, peu violente du reste, qui ne lui laisse aucune trace de contusion, mais qui est suivie de vomissements et d'une nuit un peu agitée.

Le 27, elle semblait avoir un simple embarras gastrique et se plaignait d'une fièvre légère, mais cet état parut s'améliorer le lendemain.

Le 29, elle se trouve suffisamment bien pour sortir un peu ; cependant, la veille, elle avait commencé à avoir un peu de toux sèche.

Le 30 mai, je fus appelé auprès de M^{me} S... Je la trouve dans l'état suivant : Fièvre vive (40°), face un peu injectée. Dyspnée paraissant due, en grande partie, à une douleur

occupant tout le côté gauche de la poitrine; cette douleur s'étend à l'hypochondre, mais prédomine au voisinage du sein. Toux peu intense, toujours sèche. A l'*auscultation*, zone de souffle peu accentué à mi-hauteur du poumon gauche, un peu en dehors et jusque dans l'aisselle. Rien de bien net à la *percussion*. Quelques crachats blancs, aérés. Inappétence.

Traitement : Nourriture liquidée, potion calmante, antipyrine 2 grammes.

31 mai. — Même état général. Le souffle est plus évident. La base gauche paraît moins sonore à la percussion. T. 40°.

1^{er} juin. — T. 39°. Etat général meilleur, point de côté moins intense, crachats de même aspect.

La diminution de sonorité de la base est évidente, elle remonte jusqu'à l'extrémité inférieure de la fosse sous-épineuse. Cependant, à l'*auscultation* de cette zone, on ne constate que de la diminution du murmure, excepté au niveau de la limite supérieure, où il y a un souffle doux, mais très net, avec égophonie.

2 juin. — Etat sensiblement le même. T. 40°.

3 juin. — T. 40°. Vomissements dans la matinée. Anxiété respiratoire très augmentée. Matité nette dans la région inférieure gauche du thorax. Silence respiratoire à la base. Souffle pleurétique net dans la fosse sous-épineuse, égophonie. Déviation légère de la pointe du cœur.

5 juin. — L'anxiété devient beaucoup plus grande.

Le pouls qui est toujours resté au voisinage de 120, augmente encore de rapidité, et, dans la soirée, se produit un véritable état de collapsus. T. descend à 37° 5.

Pouls faible, 130. Dyspnée extrême, cyanose légère. Sueurs froides de la face. Douleurs violentes dans le côté gauche.

A l'*examen*, épanchement occupant la plèvre gauche, mais laissant sa sonorité à la fosse sus-épineuse et même à la partie supérieure de la fosse sous-épineuse.

En avant, léger skodisme et sonorité dans les 3 premiers espaces. Espace de Traube effacé. Cœur dévié, la pointe bat à droite du sternum.

Nous pratiquons, avec M. le professeur Revilliod, la thoracothèse avec l'appareil de Potain. Précautions antiseptiques d'usage. Nous retirons un quart de litre d'un pus bien lié, peu épais, jaune verdâtre pâle, sans grumeaux, sans odeur. Amélioration manifeste. Persistance de la douleur à gauche. Le cœur paraît revenu en bonne partie en place. Il y a encore de la diminution de sonorité à la base. Cependant, partout ailleurs, le poumon paraît être rentré en contact avec la paroi thoracique.

6 juin. — Etat général très satisfaisant. Il y a de nouveau un peu de liquide à la base gauche. Douleur de côté moindre.

Cette amélioration s'accroît pendant les premiers jours, mais bientôt le liquide devient plus abondant. La dyspnée, la toux, la fièvre, l'inappétence reparaissent. Le cœur se dévie de nouveau à droite.

Le 13 juin nous faisons une nouvelle ponction qui nous donne la même quantité de pus, présentant les mêmes caractères.

Après la deuxième ponction, même amélioration, suivie de la réapparition de l'épanchement et des symptômes qu'il produit. Cependant la marche est moins rapide. Le 22 juin, nous sommes de nouveau forcés à ponctionner. Le pus a le même aspect, mais il est peut-être un peu moins abondant. Le liquide se reproduisant cette fois plus lentement, nous temporisons avant de faire la pleurotomie. Mais bientôt, nous constatons que la reproduction de l'épanchement ne subit pas cette fois un ralentissement nouveau, et que nous serons obligés d'intervenir.

3 juillet. — M. Revilliod pratique la pleurotomie dans le septième espace intercostal, un peu en arrière de la ligne axillaire antérieure. Il s'échappe, par l'incision, un pus tout à fait semblable à celui que nous avons retiré précédemment. Le siphon appliqué, on fait un lavage à l'eau phéniquée tiède, lequel est très bien supporté.

4 juillet. — Mieux être très accentué.

5 juillet. — Apyrexie. Appétit. Bien-être. Le poumon semble revenir en place. Il y a pourtant autour de la plaie

opératoire, une zone de matité ou de submatité, dont le bord supérieur est à trois travers de doigt environ au-dessus du tube, et va, en s'abaissant, rejoindre la colonne vertébrale. Dans cette zone, la respiration est lointaine, mêlée de râles humides. A la limite supérieure s'entendent quelques frottements. Le sommet du poumon, ainsi que tout le poumon droit, paraissent sains.

Le cœur paraît revenu en place.

8 juillet. — Comme il y a dans le siphon une bulle d'air, et actuellement, le tube ne jouant plus dans la plaie, on pratique très doucement un lavage pour chasser cet air. Au cours de ce lavage, la malade assise sur son lit se plaint de ne plus voir clair, elle pâlit un peu. Je la fais coucher. Elle ne perd pas entièrement connaissance, mais le pouls est faible, la respiration, au contraire, est exagérée de fréquence et d'amplitude. Après un instant de malaise, Mme S., se remet. Je remets l'appareil en l'état primitif. Malgré le lavage il reste encore de l'air dans le siphon.

La journée du 9 juillet est bonne.

12 juillet. — Un nouveau lavage est tenté, avec de l'eau phéniquée à la température du corps. Après quelques instants la malade s'écrie : je vois trouble ! ah ! je suis mal. Elle perd alors complètement connaissance.

Pouls insensible. Respiration faible puis exagérée.

Tête déviée vers la droite. Membres légèrement contracturés, surtout ceux du côté droit, qui sont animés d'un léger tremblement passager. Arrêt de la respiration.

Respiration artificielle. Enfin, elle revient peu à peu à elle. Dans le reste de la journée, léger trouble de la vue, céphalalgie. Appétit nul.

13 juillet. — Mme S... paraît entièrement remise de son état. L'écoulement du pus se fait très bien. Il n'y a aucune odeur, aucun signe de septicémie puerpérale.

On donne des toniques à la malade.

23 juillet. — Le tube du siphon contient toujours un peu d'air que ne peut chasser le fonctionnement de la poire aspi-

ratrice, et l'on tente avec de grandes précautions, un nouveau lavage. Apparition d'une nouvelle crise, encore plus intense que celle du 12. Respiration artificielle. Enfin tout se calme.

24 juillet. — L'état général est très bon.

La diminution de la cavité est manifeste.

La malade commence à sortir.

Malheureusement, le 18 août, l'état général devint moins bon : inappétence, un peu de fièvre le soir.

Diminution dans l'abondance de l'écoulement, qui prit une odeur accentuée, comparable, d'après la malade à de la choucroute altérée. Augmentation dans l'étendue de la zone de matité. A son niveau réapparition d'un souffle net. M. le professeur d'Espine, appelé en consultation en l'absence de M. Revilliod, pense qu'il est nécessaire de dilater le trajet au moyen de la laminaire. Il s'écoula alors facilement une demi-tasse de pus mal lié et fortement odorant. Je remplaçais la tige par une grosse sonde de Nélaton (le tube du siphon ne pouvant plus passer grâce au rapprochement des côtes), et j'y fixai ce dit tube avec le réservoir de verre qui le terminait. Rapidement, la suppuration reprit son odeur et son abondance d'autrefois. Etat général parfait,

24 septembre. — Accouchement normal. Enfant peu volumineux. Suites de couches normales, apyrétiques.

Nous renonçons à l'allaitement maternel, craignant d'épuiser cette jeune femme.

8 octobre. — La suppuration est maintenant presque nulle.

12 octobre. — Le drain est sorti de la plaie, tous mes efforts pour le remettre en place restent vains.

Au voisinage de la plaie, et un peu en arrière, se trouve une région très peu étendue, où la matité est absolue.

L'état général reste cependant bon.

17 octobre. — La fistule se ferme définitivement et la guérison s'affirme. La base de la poitrine reste un peu mate.

La respiration y est légèrement bronchique, avec quelques gros râles humides et quelques frottements. Un peu de toux persiste, mais elle disparaît bientôt.

La malade a passé l'hiver dans l'ouest de la France, je l'ai revue ce printemps en parfaite santé. Elle a pris pendant toute la mauvaise saison de l'huile de foie de morue.

En résumé : nous avons eu affaire à une pleurésie purulente d'emblée, que (malgré le siège qu'occupaient le premier jour, les phénomènes d'auscultation) je crois avoir été primitive. En effet, l'histoire du début de la maladie ne permet guère d'autre interprétation. Cette pleurésie survenue dans le cours d'une grossesse, n'a nullement interrompu celle-ci, malgré les températures élevées du début, malgré les souffrances des premiers jours, malgré le demi-collapsus qui a précédé la première ponction, malgré la suppuration prolongée qui a suivi la pleurotomie.

Enfin elle a entièrement guéri, sans trace aucune, peu de jours après l'accouchement.

OBSERVATION XIX.

(Résumée. — CHARRIN et NOBÉCOURT. Société de Biologie, 15 juin 1895.)

Pleurésie à proteus.

Chez une femme enceinte de 7 mois et demi, nous avons observé une pleurésie gauche, s'accompagnant d'une dyspnée intense, d'un état général grave.

Les signes physiques permettaient de supposer que le liquide était peu abondant : une ponction a vérifié cette supposition. Ce liquide était purulent, d'une odeur fade, nauséuse, fétide ; il contenait des gaz, il contenait aussi un bacille répondant, de par les cultures, de par les inoculations, au *proteus vulgaris*.

Cette ponction n'a procuré qu'un soulagement minime ; en dépit des antiseptiques, le mal a empiré ; l'avortement s'est produit, suivi, au bout de quelques heures, de la mort qui est survenue le 17^e jour de l'affection.

L'enfant est vivant ; il pèse 2 kil. 350.

CONCLUSIONS.

De l'ensemble de notre travail nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. — La pleurésie a été rarement signalée pendant la grossesse ; nous ajoutons, en plus des cas publiés jusqu'à ce jour, 16 observations inédites. Dans les thèses parues sur ce sujet, la question de la pleurésie hémorragique et de la pleurésie purulente est restée complètement dans l'ombre.

II. — Nous n'avons trouvé aucune observation, aucun document sur la pleurésie hémorragique de la grossesse, mais nous rapportons 7 observations de pleurésies purulentes dont 4 sont inédites.

III. — La grossesse paraît exercer, chez certaines femmes, une influence qui n'est pas douteuse sur la nature du liquide épanché.

IV. — La pleurésie séro-fibrineuse et la pleurésie purulente subissent, du fait de la gestation, quelques modifications dans leurs symptômes.

V. — La présence d'un épanchement séro-fibrineux, même abondant, ne semble pas avoir une influence fâcheuse sur la gestation, qui suit le plus souvent son cours normal.

VI. — Il n'en est pas de même de la pleurésie purulente dont le pronostic est grave pour la mère et pour l'enfant.

VII. — Le traitement de la pleurésie séro-fibrineuse, comporte quelques contre-indications, qui résultent du fait de la gravidité. La thoracenthèse antiseptique n'est suivie d'aucun accident fâcheux.

VIII. — En cas d'épanchement purulent, il faut donner issue au pus, en pratiquant la pleurotomie, qui est le seul traitement rationnel.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

R. LÉPINE.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET. .

Vu, et Permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARATGIN. — Contribution à l'étude de la pleurésie pendant la grossesse. Th. Paris, 1880.
- BEATTY. — Parturition complicated with whooping-cough and pleurisy, Recovery. *Edimb. med. Journal*, 1882, volume XXVIII, page 229.
- BRIEGER. — Ueber die complication einiger acceten krankheiten mit schvangerschaft. *Charite Annalen*, 1886, Bd. XI.
- CAMENTRON. — De la pleurésie dans la grossesse. Th. Bordeaux, 1883.
- CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements, 2^e édition, page 634. Paris, 1890.
- CHARRIN et NOBÉCOURT. — *Société de Biologie*, 15 juin 1895.
- CHATELIN. — *Journal de Médecine de Bruxelles*, 1870. Juin et juillet.
- CHEVALLEREAU. — *France Médicale*, 1875.
- FASBENDER. — *Berlin. Beitrage zur Geb.*, 1874. Bd. III, page 49.
- FISCHL. — Die complication des puerperium mit acuter pleuritis. *Prager Vierteljahresschrift*, 1875. Bd. IV, pages 1 à 18.
- GARNIER. — Pleurésie aiguë guérie spontanément par l'accouchement. *Union Médicale*, 1860, volume V, p. 63.
- GRAUX. — Pleurésie et état puerpéral. *Union Médicale*, 1883, t. II. p. 738.
- LE GENDRE. — Traitement de divers pleurétiques. *Union Médicale*, 1884, t. II, p. 879.
- — Pleurésie purulente pendant la grossesse. *Nouvelles arch. de Gynéc. et d'Obstétrique*. Février, 1886.

- LEOPOLD. — Ueber die complication von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit acuter Pleuritis. *Arch. f. Gynæk.*, 1877. Bd. XI, p. 284.
- — Fall von Pleuritis in der Schwangerschaft. *Arch. f. Gynæk.*, 1879, Bd. XIV, p. 303.
- MATTON. — *Journal de Médecine de Bruxelles*, 1872. Mai et juillet.
- MAYOR. — Pleurésie purulente dans la grossesse. *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 1888, p. 616.
- MEISSNER. — In Leopold.
- MONNERET. — Plusieurs cas de pleurésies. Deuxième observation. *Gaz. des Hôpitaux*, 1842, page 603.
- MOYA. — Pleurésia. Parto. Curacion. *Espana Med.*, 1861, page 58.
- PETER. — De la thoracenthèse chez les femmes enceintes. *Paris Médical*, 1881, p. 15.
- — Leçons de clinique médicale.
- — Discussion à la Société de Thérapeutique, Hutinel, Ory.
- RAYMOND. — *Thèse d'agrégation*. Paris, 1880.
- REVILLOUT. — Pleurésie durant la grossesse. Thoracenthèse. Guérison. *Gaz. des Hôpitaux*, 1878, p. 641.
- VERNEUIL. — De la tendance pyogénique pendant la grossesse et l'état puerpéral. *Société de chirurgie*, 1876-1877.
- VINAY. — *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*. Paris, Baillière, 1894.
- — Observation de pneumococcie généralisée chez une femme enceinte. *Lyon Médical*, 1897, n° 42, p. 183.
- — La pleurésie purulente de la grossesse. *Bulletin Médical*, juillet, 1898.

